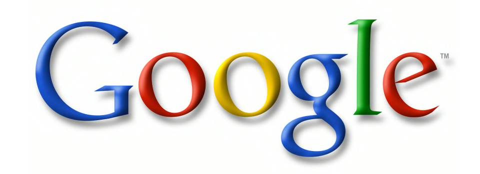


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

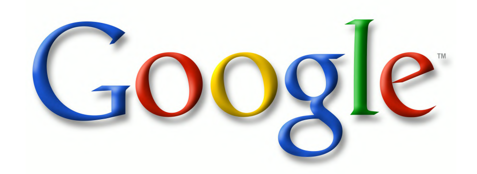
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

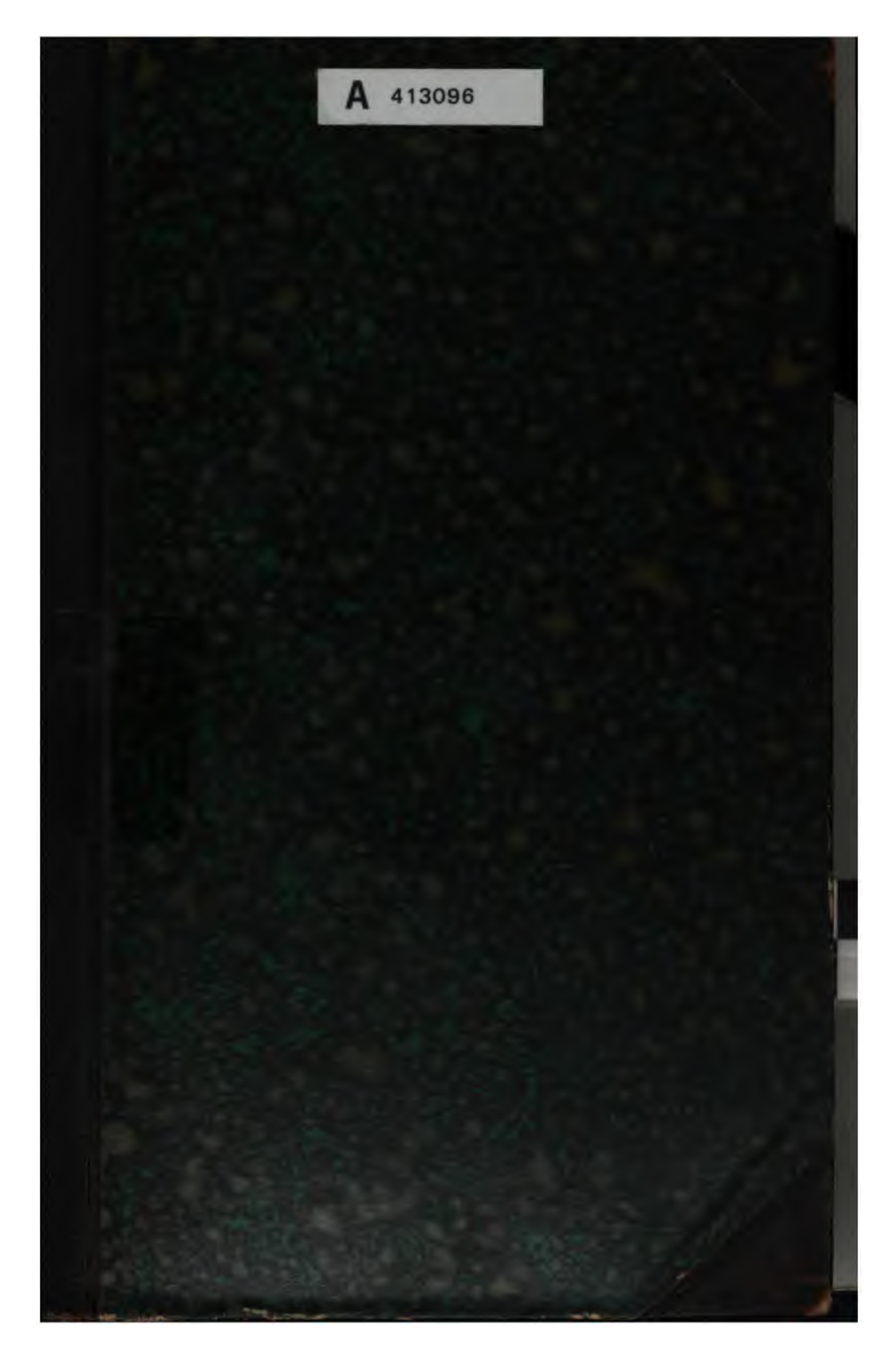
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

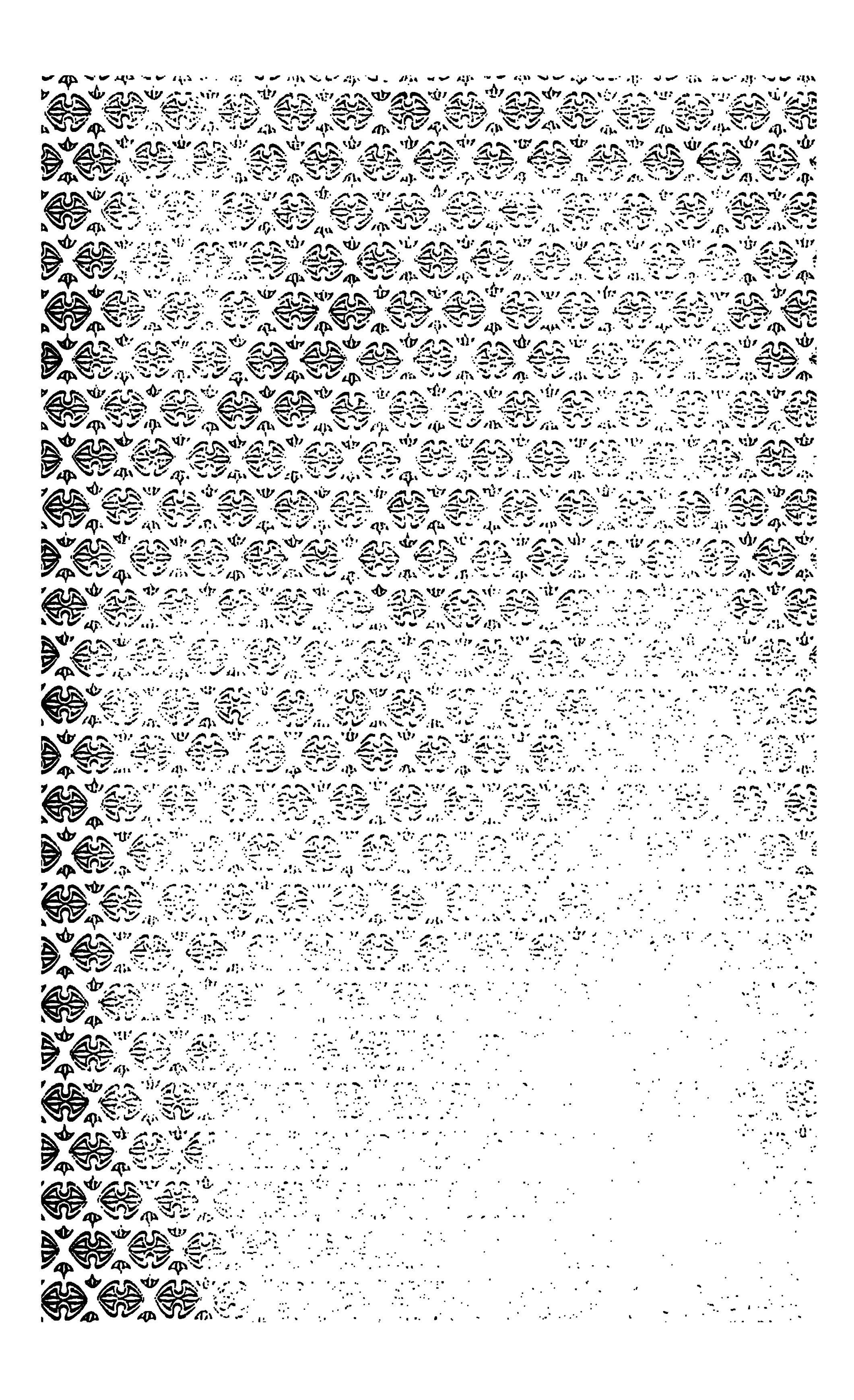
+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.


A 413096


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



6108
I607
C4
L3

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **O. Chiari** (Wien), **B. Fränkel** (Berlin), **Th. Hering** (Warschau), **G. Jonquière** (Bern), **G. Kispert** (Madrid), **E. Kurz** (Florenz), **G. M. Lefferts** (New-York), **N. Lunin** (St. Petersburg), **P. M'Bride** (Edinburgh), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen),

herausgegeben

von

FELIX SEMON

London.

Zweiter Jahrgang.

(Juli 1885 bis Juni 1886.)

Berlin, 1886.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.



Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher.

b) Monographieen und grössere Aufsätze.

138112

IV. Nekrologe.

V. Briefe an die Redaction.

VI. Briefkasten. Varia.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, Juli. 1885. No. 1.

I. Die Stellung der Laryngologie in Oesterreich.

Bevor wir auf unser eigentliches Thema eingehen, müssen wir in Kürze die Verhältnisse des medicinischen Studiums in Oesterreich berühren. da eine übersichtliche Kenntniss derselben zum Verständniss des folgenden nöthig erscheint.

Der Staat selbst beaufsichtigt die Studien an den aus Staatsmitteln unterhaltenen Universitäten Wien, Prag, Graz, Krakau und Innsbruck und verleiht den daselbst Studirenden nach Absolvirung der 5 Studienjahre und Ablegung der drei naturhistorischen Vorprüfungen über Botanik, Zoologie und Mineralogie, und der drei Rigorosen mit dem Titel eines „Doctors der gesammten Heilkunde" das Recht Praxis auszuüben. Der Lehrkörper jeder Universität besteht aus den ordentlichen Professoren, welche in der Regel die Hauptfächer zu lehren verpflichtet sind, den ausserordentlichen Professoren, welche Nebenfächer zu vertreten haben oder zur verstärkten Vertretung eines Hauptfaches herangezogen werden. Ausserdem wird noch der Titel eines ausserordentlichen Professors an besonders verdiente Privat-Docenten verliehen. Die Privat-Docenten sind nicht vom Staate bestellt, sondern von diesem nur zum Lehramte zugelassen Sie erwerben durch die Zulassung das Recht, ihre Vorlesungen öffentlich anzukündigen und in einem Hörsaale der Universität zu halten. Meistens werden aus diesen Privat-Docenten und ausserordentlichen Professoren nach dem Vorschlage des Professoren-Collegiums vom Staate die ordentlichen Professoren ernannt. Als Massgabe beim Vorschlage dienen die wissenschaftlichen Arbeiten und die Erfolge der Lehrthätigkeit. Die Studirenden können die verschiedenen Semester an verschiedenen Universitäten zubringen und auch Vorlesungen nach Belieben hören. Nur müssen sie, um zu den Rigorosen zugelassen zu werden, nachweisen, dass sie 2 Semester an den Secirübungen theilgenommen haben, innere und chirurgische Klinik durch je 4, Augenklinik und geburtshülfliche Klinik mindestens durch je 1 Semester besucht haben Natürlich hören fast ausnahmslos alle Studenten auch die Vorlesungen über die anderen Fächer, welche bei den Rigorosen geprüft werden Als Prüfer fungiren die ordentlichen Professoren und beim 2. und 3. Rigorosum noch je ein Coexaminator (beim 2. über interne Medicin, beim 3. über Chirurgie). Die Coexaminatoren werden auf je ein Studienjahr vom Unterrichts-Minister ernannt.

Jedem der 3 Rigorosen gehen practische Einzelprüfungen voran, und zwar dem 1. über Anatomie, Physiologie, dem 2. über pathologische Anatomie, interne Medicin, dem 3. über Chirurgie, Augenheilkunde und Gynäcologie.

Um nun auf die Laryngologie einzugehen, so muss erwähnt werden, dass dieselbe für gewöhnlich nicht Prüfungsgegenstand ist; nur sehr selten kommt es vor, dass bei den practischen oder theoretischen Prüfungen einschlägige Fragen gestellt werden; ja, so weit uns bekannt, wurde noch nie einer der ausserordentlichen Professoren, welche sich hauptsächlich mit Laryngologie beschäftigen, zum Coexaminator ernannt.

Auf diese Weise kommt es, dass viele Studenten sich gar nicht mit Laryngoscopie befassen und auch ohne practische Kenntniss derselben ihre ärztliche Thätigkeit beginnen. Glücklicher Weise aber erkennt doch eine grosse Zahl unter ihnen die Wichtigkeit dieses Faches und verschafft sich wenigstens einige practische Fertigkeit in der Handhabung des laryngo- und rhinoscopischen Spiegels. Auch ist es Sitte, dass die meisten jungen Aerzte nach abgelegten Prüfungen einige Jahre in den Spitälern als Subaltern-Aerzte dienen und während dieser Zeit Lücken, besonders ihrer practischen Ausbildung ausfüllen. Gelegenheit zu solcher practischen Ausbildung ist ihnen besonders im allgemeinen Krankenhause in Wien gegeben. Dieses grosse Spital hat einen Belegraum von 2000 Betten, enthält alle Universitäts-Kliniken (auch die Landes-Gebär-Anstalt) und noch mehrere sogenannte Abtheilungen (Complexe von Krankenzimmern), welche unter der Leitung von Primär-Aerzten stehen. Auf allen diesen Kliniken und Abtheilungen wird täglich eine grosse Anzahl von ambulatorischen Kranken untersucht und behandelt, und grossen Theils auch zum practischen Unterrichte verwendet. Natürlich wenden sich die meisten dieser Kranken an die Kliniken, und aus dieser Ambulanz werden alle instructiven Fälle entnommen, theils um sie nur zu demonstriren, theils um sie ganz als ständige Patienten aufzunehmen.

Uns interessirt hier natürlich am meisten die Klinik für Laryngoscopie. Dieselbe hat 2 Zimmer mit zusammen ca. 20 Betten und wurde im Jahre 1870 errichtet; ihre Leitung wurde Prof. Schrötter übertragen. Nach dem Vorschlage des Vorstandes der Klinik wird ein Assistent ernannt, der die laufenden Geschäfte zu führen hat und dem Vorstande beim Unterrichte behülflich ist. Derselbe wird auf 2 Jahre ernannt, kann aber mit Bewilligung des Vorstandes auch bis 6 Jahre bleiben, so dass ihm dadurch Gelegenheit zur besonderen Ausbildung gegeben wird. Ausserdem wählt sich noch der Vorstand einen oder mehrere jüngere Aerzte, sogenannte Aspiranten und Hospitanten, welche bei der Behandlung der Kranken, dem practischen Unterrichte etc. verwendet werden.

Der Unterricht erfolgt in 5—6wöchentlichen Cursen, an welchen immer 30 bis 40 Hörer theilnehmen können; dieselben werden nicht blos mit dem Wesen der Laryngoscopie bekannt gemacht, sondern auch in systematischen Vorträgen über die Untersuchungs- und Beleuchtungsmethoden, die specielle Pathologie und Therapie der Kehlkopf- und Nasenkrankheiten, die Instrumente etc. näher in das Fach eingeführt. Gleichzeitig, gewöhnlich in der ersten Hälfte der Unterrichtsstunde von 10—11 Uhr a. M. finden practische Uebungen an Gesunden und Kranken statt; weiter vorgeschrittene Hörer werden auch zur Behandlung der Kranken und

zur Vornahme von Operationen zugelassen, natürlich unter Leitung des Vorstandes und des Assistenten.

Demonstrationen anatomischer Präparate und einer grossen Anzahl theilweise noch von Türck herrührender Abbildungen, sowie einer selten vollständigen Sammlung von Instrumenten ergänzen den Unterricht in zweckmässiger Weise. Auf diese Weise können jährlich über 200 Aerzte eine specielle Ausbildung in unserem Fache erlangen. Die geringe Anzahl der ständigen Kranken der Klinik würde nicht genügen, um allen Hörern Gelegenheit zur practischen Ausbildung zu geben; es kommen aber dazu noch 3000 bis 4000 ambulante Kranke während des ganzen Schuljahres; viele von diesen stellen sich täglich vor, so dass immer eine genügende Anzahl vorhanden ist. Jeder der Hörer kann daher 4 bis 5, oft auch mehr Patienten in der Stunde untersuchen, ohne dass die letzteren zu sehr belästigt würden.

Um Raum zu sparen, sind Gaslampen an langen schmalen Tischen so vertheilt, dass 2 bis 3 Aerzte gleichzeitig ihr Licht von einer Lampe beziehen können. Aber auch Sonnenlicht steht, wenn die Witterung es gestattet, immer zur Verfügung; die Zimmer der Klinik liegen nämlich frei gegen S.-O. und W.

Es braucht wohl kaum darauf hingewiesen zu werden, wie wichtig es ist, einzelne Kranke, z. B. solche mit Stenosen, bösartigen Neubildungen etc. immer auf der Klinik haben zu können; nur auf diese Weise war es z. B. möglich, die Stenosen-Dilatation ohne Gefahr durchzuführen und den Hörern zu demonstriren.

Diese Verbindung der Klinik mit dem grossen Ambulatorium ist es also, welche die Klinik für Laryngoscopie zu einer so wichtigen Unterrichts-Anstalt macht. Endlich muss noch erwähnt werden, dass auch der jeweilige Assistent der Klinik das Recht hat, Curse zu lesen und anzukündigen. Diese finden von 4 bis 5 Uhr p. m. statt in ähnlicher Weise wie die des Vorstandes, natürlich aber mit weit geringerem Krankenmateriale.

Ausserdem befinden sich noch im allgemeinen Krankenhause und in der ganz in der Nähe liegenden Poliklinik selbständige Ambulatorien für Kehlkopfkranke, in welchen ebenfalls 5 bis 6 Mal wöchentlich theoretisch-practische Curse gelesen werden. Dieselben stehen unter der Leitung der ausserordentlichen Professoren Störk und Schnitzler und des Privat-Docenten O. Chiari und werden von 11—12, 8—9 und 12—1 Uhr abgehalten, so dass ein Arzt täglich mehrere dieser Ambulatorien besuchen kann. Auch diese Curse werden ähnlich wie auf der Klinik für Laryngoscopie abgehalten, nur entbehren sie des klinischen Materials; die Zahl der Ambulanten ist auch bei ihnen oft eine sehr bedeutende. Die Zahl der Zuhörer ist verschieden je nach dem Raume, der zur Verfügung steht, nach der Zahl der Ambulanten und nach der Beliebtheit des Lehrers.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass besonders im allgemeinen Krankenhause eine grosse Zahl von Aerzten Gelegenheit hat, sich in der Laryngoscopie auszubilden. Und wirklich wird auch diese Gelegenheit vielfach benutzt, besonders stark von Ausländern; namentlich sind es Engländer und Amerikaner, die eigens zur practischen Ausbildung nach Wien kommen.

Endlich wird noch gelegentlich von den Assistenten der internen Kliniken practisch die Laryngoscopie gelehrt, aber nur an einem geringen Materiale und

nicht jedes Semester, und wird auch in den Vorlesungen über specielle medicinische Pathologie und Therapie bei einzelnen Fällen näher auf unser Fach eingegangen. Es wäre also nach allem auch den Studirenden genügend Gelegenheit gegeben, sich in diesem Fache auszubilden, aber der Mangel des Prüfungszwanges veranlasst nicht wenige zur Vernachlässigung dieses Zweiges der Medicin.

In den anderen Spitälern Wiens fehlt es überall an einer eigenen Abtheilung für Halskranke; doch wird an einigen ein Ambulatorium abgehalten, bei welchem jedoch kein Unterricht ertheilt wird. Sie sind eben räumlich zu weit von dem Centrum des practischen medicinischen Unterrichtes im allgemeinen Krankenhause entfernt. Nur in den Militär-Spitälern befinden sich ständige Ambulatorien, in welchen auch die militärärztlichen Zöglinge an den Untersuchungen Theil nehmen. Ein eigenes Spital für Halskranke existirt in ganz Oesterreich nicht.

In dem Lehrkörper der Universität befinden sich folgende Vertreter der Laryngologie: Schrötter, ausserordentlicher Professor für interne Medicin und Laryngologie, Störk, a. Prof. für Laryngoscopie, Schnitzler, a. Prof. für Krankheiten der Athmungs- und Kreislaufsorgane und die Privat-Docenten O. Chiari und Roth.

Nebst dem beschäftigen sich noch mehrere Aerzte ausschliesslich oder vorzugsweise mit Laryngoscopie. An den übrigen österreichischen Universitäten fehlt die laryngologische Klinik; doch giebt es an jeder Vertreter des Faches im Lehrkörper.

In Prag lehrt Zaufal (zugleich a. Prof. der Ohrenheilkunde) besonders Rhinologie, Ganghofner als a. Prof. der Medicin und Vorstand der medicinischen Poliklinik Laryngo- und Rhinologie und Privat-Docent Dr. Ott ebenfalls beide Fächer.

Auch in Graz und Innsbruck beschäftigen sich einzelne Mitglieder des Lehrkörpers mit Kehlkopfkrankheiten, aber es ist uns nicht bekannt, ob daselbst specielle Docenturen dafür existiren. In Krakau hat unser Fach an dem Privat-Docenten Pieniaczek einen tüchtigen Vertreter.

An den ungarischen Universitäten verhalten sich die Verhältnisse ähnlich wie an den österreichischen. In Budapest lehrt der a. Prof. Navratil Laryngoscopie, und wie wir hörten, hat auch Dr. Irsai 2 Zimmer eines Spitals für Kehlkopfkranke erhalten. Ueber die zweite ungarische Universität in Klausenburg konnten wir diesbezüglich nichts in Erfahrung bringen.

Endlich weisen alle grösseren Städte Specialisten in unserem Fache auf, die denen in anderen Fächern, als Dermatologie, Otiatrik, Ophthalmologie etc. durchaus nicht im Ansehen nachstehen.

Was ihre Stellung den übrigen Aerzten gegenüber anlangt, so erfreuen sie sich aller Anerkennung, da sie ja dieselben Prüfungen ablegten und oft eben bei schwierigen Fällen Beistand leisten. Aber man will durchschnittlich, dass sie nicht als Hausärzte thätig sind und in den übrigen Fächern nicht behandeln. Es giebt deswegen nur in den grösseren Städten solche Specialisten, welche meist Docenten oder a. Professoren an den betreffenden Universitäten sind, welcher Umstand auch wieder zu einer angeseheneren Stellung beiträgt. In kleineren Städten ist aber natürlich die Anzahl der betreffenden Kranken zu gering, als dass ein

Arzt blos eine Specialität betreiben könnte. Es kommt daher nicht selten vor, dass Aerzte an solchen Orten Augen-, Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten zusammen als Specialfächer behandeln.

Ueberblicken wir nun noch einmal das Gesagte, so müssen wir zunächst zugeben, dass besonders in Wien Gelegenheit genügend geboten wäre, unser Fach gründlich zu studiren. Doch lässt die Betheiligung der Studenten daran noch sehr viel zu wünschen übrig; als Hauptursache davon ist jedenfalls der mangelnde Prüfungszwang anzusehen. An den anderen Universitäten wäre die Errichtung von laryngologischen Kliniken sehr wünschenswerth.

Wären diese Institutionen geschaffen, so könnte jeder Arzt auch in unserem Fache die nöthige Ausbildung erlangen, ohne gerade eine specialistische Schulung zu haben. Die Furcht, dass deswegen überhaupt zu viele Specialisten entstehen würden, ist ungerechtfertigt, da ja eben Specialisten immer nur in grossen Städten ihr Auskommen finden können, und da die Erfahrung gezeigt hat, dass auch ehemalige Assistenten der laryngologischen Klinik sich wieder der allgemeinen Praxis zuwenden. Andererseits hängt auch kaum eine andere Specialität so vielseitig mit dem gesammten Gebiete der practischen Medicin zusammen, als die Laryngologie. Die zweckmässige Behandlung der Krankheiten der oberen Athmungswege ist ja ganz undenkbar ohne genaue Untersuchung des ganzen Organismus, so dass beim Laryngologen die Gefahr der Beschränkung des medicinischen Gesichtskreises am wenigsten droht. Ebenso darf nicht vergessen werden, dass die Laryngoscopie wieder viele Behelfe zur Erkennung innerer Krankheiten giebt. Und dieses Vortheils soll jeder Arzt theilhaftig werden: er soll den Kehlkopf und die Nase untersuchen können, wie er die Auscultation und Percussion ausübt. Hat sich diese Ueberzeugung erst der leitenden Kreise bemächtigt, dann ist auch Abhilfe sicher zu erwarten, und dann erst wird die Laryngologie die ihr gebührende Stellung unter den übrigen Zweigen der Medicin einnehmen.

II. Referate.

a. Aeusserer Hals.

1) **Dittrich** (Prag). **Ueber eine seltene Form von Entwicklungs-Anomalie im Bereiche des Zungenbeins.** Aus Prof. Chiari's Institut in Prag. *Zeitschrift für Heilkunde. Bd. V. 1884.*

Nach kurzer Uebersicht über die Literatur der Anomalien dieses Knochens beschreibt D. 2 Fälle von Entwicklungs-Anomalie. In beiden Fällen war der Körper des Zungenbeins zu einer hohen und breiten, aber dünnen Knochenplatte umgewandelt, welche die mittleren Theile des Schildknorpels grossentheils verdeckte. Zugleich überragte das Zungenbein den Schildknorpel nur um wenige Millimeter, so dass die Lig. hyo.-thyreoid. later. fast horizontal verliefen; das Lig. hyo.-thyr. med fehlte fast ganz. In einem Falle hatte sich ein Schleimbeutel zwischen Zungenbein und Schildknorpel und ein Gelenk zwischen beiden Gebilden

hergestellt. D. nimmt an, dass schon im embryonalen Leben sich Zungenbein und Schildknorpel gegen einander verschoben und so die Difformität entstand.
CHIARI.

2) **O. Koch. Eine branchiogene Halscyste von ungewöhnlicher Grösse.** Mittheil. aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen. II. Heft. 1884.

Grosse von einem Kieferwinkel zum anderen sich erstreckende Cyste, welche den Mundboden so weit emporhob, dass das Sprechen sehr erschwert war. Derartige Cysten gehen aus einem unvollständigen Verschlusse des zweiten Kiemenganges hervor. Die Geschwulst konnte nach Ausschälung des Cystenbalges für immer zum Verschwinden gebracht werden. SCHECH.

3) **Plath. Ueber einen Fall von operativer Beseitigung eines Cystenhygromes des Halses.** *Jahrbuch für Kinderheilkunde. XXI. Bd. 1884.*

Die flache, die ganze Breite des Unterkiefers einnehmende Geschwulst wurde zuerst punctirt und als sie sich wieder füllte, durch breite Incision zur Heilung gebracht. SCHECH.

4) **John H. Morgan** (London). **Cysten des Halses. (Cysts of the neck.)** *Brit. Med. Journal. 6. December 1884.*

Der Autor theilt in einem vor der Medical Society von London gehaltenen Vortrage die am Halse vorkommenden Cysten in zwei Gruppen: a) Cysten, die die Folge von Veränderungen in früher normalen Theilen sind, 2) Cysten, die Entwicklungshemmnissen oder -Irrthümern ihren Ursprung verdanken. Zur letzteren Klasse gehören z. B. Cystenhygrome und congenitale Talgcysten, welch' letztere sich bisweilen in der Linie der Kiemenbögen und anderer Ueberbleibsel fötaler Gebilde entwickeln. Der Vortrag, der in der Med. Times vom 27. December 1884 in extenso veröffentlicht ist, ist recht lesenswerth. — In der Discussion wurde von verschiedenen Seiten die Schwierigkeit der Diagnose der Natur von Cysten des Halses hervorgehoben. SEMON.

5) **Verneuil** (Paris). **Ein Fall von supra-hyoidealer Dermoidcyste. (Un cas de kyste-dermoide sus-hyoidien.)** *Journal des connaiss. méd. No. 24. 12. Juni 1884.*

Nichts Besonderes. E. J. MOURE.

6) **G. A. Hewitt** (St. Paul). **Lymphosarcom des Halses. Exstirpation. (Lymphosarcoma of the neck. Excision.)** *Northwestern Lancet. 1. Nov. 1884.*

Der Tumor sass an der rechten Seite des Halses. Sein Gewicht nach der Exstirpation betrug mehr als ein Kilo. Er hatte weder Dyspnoë, noch Dysphagie, noch eine Alteration der Stimme bewirkt. Das Operationsresultat war ein gutes.
LEFFERTS.

7) **P. Bruns** (Tübingen). **Das branchiogene Carcinom des Halses.** Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen. II. Heft. 1884.

Verf. kommt auf Grund eines von ihm operirten Falles zu der schon von Volkmann ausgesprochenen Ansicht, dass das gewöhnlich in der Tiefe des oberen Halsdreieckes zwischen den grossen Gefässen und dem Zungenbein liegende

branchiogene Carcinom aus epithelialen Zellkeimen sich entwickle, welche bei der Rückbildung der Kiemenspalten in der Tiefe der Gewebe liegen bleiben. Damit ist die von Gutmann aufgestellte Behauptung, dass das betreffende Carcinom von einer Nebenschilddrüse ausgehe, widerlegt. SCHECH.

8) **Ch. Tostain. Ueber das Carcinom der Lymphdrüsen des Halses im Gefolge von Carcinombildung im Pharynx, Oesophagus und Larynx. (Du cancer des ganglions cervicaux consécutif aux carcinomes des voies pharyngo-oesophagienne et laryngée.)** *Thèse. No. 140. Paris. A. Parent. 1884.*

In der Einleitung begründet der Autor, warum er nicht auch die Affection der Halslymphdrüsen, die durch maligne Neubildungen in der Mundhöhle bedingt ist, mit in den Rahmen seiner Arbeit hereinbezogen habe. Diese sei nämlich für die Diagnostik nicht so wichtig, da die Mundhöhle der Infection leichter zugänglich ist und das Carcinom zumeist schon erkannt wird, ehe noch die Drüsen afficirt sind. Eine Carcinombildung im Rachen, im Eingang des Oesophagus und im Larynx entgeht aber im Anfange häufig der Beobachtung besonders der mit dem Laryngoscop nicht vertrauten Aerzte, und erst die secundäre Lymphdrüsengeschwulst lenkt die Aufmerksamkeit auf den Ort der primären Erkrankung.

Auf den Gegenstand selbst eingehend, bespricht er nach einer ziemlich unvollständigen historischen Schilderung (er erwähnt nur die Arbeiten französischer Autoren, wie Isambert, Fauvel, Krieshaber, Duplay etc.) die Anatomie der Halslymphdrüsen und der Lymphgefässe des Pharynx und Larynx und hebt hier hervor, dass die Regio subglottica sehr arm an Lymphgefässen sei, im Gegensatze zu den aryepiglottischen Falten, deren Schleimhaut einer in die Fläche ausgebreiteten Lymphdrüse gleichkommt. Hierauf citirt er 20 Beobachtungen, die obengenannten Autoren entlehnt sind, behandelt die Symptomatologie, Diagnostik, Therapie und kommt zu bekannten Schlüssen. E. J. MOURE.

9) **Verneuil** (Paris). **Krebsiger Tumor des Zungenbeins. (Tumeur cancéreuse de l'os hyoïde.)** *Gazette des hôpit. No. 74. 26. Juni 1884.*

Der Tumor nahm die ganze Unterkiefergegend ein, verursachte aber keine Störungen, weder der Schlingbewegung noch der Athmung, noch der Aussprache. Bei der Operation wurde das durch das Neugebilde in 3 Stücke fracturirte Zungenbein mit exstirpirt. Der Tumor wog 500 Grm. Tod $3^1/_2$ Stunde nach der Operation. Bei der Obduction fand man enorme Krebsknoten in der Lunge, die intra vitam sich durch kein Symptom verriethen. E. J. MOURE.

10) **Henry Morris** und **Lawson** (London). **Zwei Fälle von strangulirendem Krebs des Halses. (Two cases of strangulating cancer of the neck.)** *Med. Press and Circular. 29. October 1884.*

Es bleibt in diesen beiden, von Mr. R. Williams berichteten Fällen im höchsten Grade zu bedauern, dass, obwohl beide Patienten an langsam zunehmender Erstickung zu Grunde gingen, von einer laryngoscopischen Untersuchung nicht die Rede ist! — In beiden Fällen scheint es sich um branchiogene Carcinome des Halses gehandelt zu haben (wie solche vor einiger Zeit von Volkmann beschrie-

ben worden sind. Ref. Der Berichterstatter sagt, ihm sei nicht bekannt, dass die eigenthümliche Krankheit früher geschildert sei). Das Wesen des Leidens bestand in beiden Fällen in einer langsamen diffusen, scirrhösen Infiltration des Halszellgewebes, welche zur Strangulation der wichtigsten Halsgebilde führte. Ob aber die tödtliche Dyspnoë durch actuelle complete Compression der Luftwege oder durch Paralyse der Glottisöffner bedingt war, lässt sich weder aus der klinischen Geschichte noch aus dem Obductionsprotocoll ermitteln. Dass (wenigstens in den späteren Stadien) eine laryngoscopische Untersuchung nicht vorgenommen zu sein scheint, ist bereits erwähnt worden; im Obductionsprotocoll findet sich in keinem der Fälle ein Wort über den Zustand der Kehlkopfnerven und -Muskeln. In beiden Fällen waren anderweitige congenitale Missbildungen vorhanden, so dass die Vermuthung des Berichterstatters, dass das Leiden in Verbindung mit embryonalen Resten der Kiemenspalten entstanden sei, wohl berechtigt erscheint. Bei der Seltenheit einschlägiger Fälle ist die Lectüre des Berichtes trotz der genannten Mängel zu empfehlen. SEMON.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **Edmond. Der Nasencatarrh und seine Behandlung durch andauernde Irrigation mit dem Wasser von Mont-Dore. (Le catarrhe nasal et son traitement par l'irrigation continue aux eaux du Mont-Dore.)** *Paris. 1884. O. Doin.*

Nach einer kurzen pathologisch-anatomischen Skizze des chronischen Nasencatarrhes bespricht der Autor dessen Behandlung durch das Mineralwasser von Mont-Dore, die zugleich eine allgemeine und eine locale sein soll. Die allgemeine Behandlung ist, nach dem Autor, gerichtet gegen die verschiedenen Diathesen (arthritische, herpetische, tuberculöse und scrophulöse Diathese), die die einzelnen Formen von Coryza chronica verursachen sollen, und ist begründet durch den, wenn auch geringen Eisen- und Arsenik- und durch den Kohlensäuregehalt dieser Wässer, die als Getränk und zu Bädern und Douchen benützt werden. Die locale Behandlung, auf die er besonderen Werth legt, besteht in einer längeren Nasendouche (bis zu 15 Minuten) mit warmem Mineralwasser, das aber nie über 30 °C. haben soll. Er will durch diese Behandlungsweise 11 Fälle geheilt haben. (Die Abhandlung hat mehr badeärztliches Interesse.) E. J. MOURE.

12) **Tillot. Ueber chronische Coryza, vom Standpunkte der thermalen Behandlung aus betrachtet. (Du coryza chronique envisagé au point de vue du traitement thermal.)** *Soc. d'hydrologie méd., Journ. de méd. de Paris. 1884. p. 494—518.*

Bedeutungslose badeärztliche Schrift. E. J. MOURE.

13) **A. Espagne** (Montpellier) **Resumé über die Coryza. (Resumé sur le Coryza.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Montpellier. No. 26 u. 31. 1884.*

Eine Wiedergabe von an der Facultät gehaltenen Vorlesungen. Nichts von Belang. E. J. MOURE.

14) **R. Ariza** (Madrid). **Einfluss der chronischen Coryza und der Angina granulosa auf das Singen. (Influencia del coriza cronico y de la angina granulosa en la voz cantada.)** *Imprenta de E. Teodors. Amparo 102. Madrid. 1884.*

Diejenigen, welche sich dem Singen widmen und an chronischer Angina naso-pharyngea leiden, erkranken 1) an Laryngitis follicularis. 2) an Paralysis thyreo-arytaenoidea reflexa, 3) an Combination von 1 und 2.

Jede einzelne dieser 3 Erkrankungen macht den Beruf zum Singen unmöglich.

Es sollen daher die Gesangslehrer jeden Zögling, ehe er sich diesem Berufe widmen kann, veranlassen, sich von einem Specialisten untersuchen zu lassen, und, im Fall eine der angeführten Krankheiten vorliegt, dieselbe, ehe noch zum Gesangsunterricht geschritten wird, heilen zu lassen. KISPERT.

15) **Grand** (Saint-Etienne). **Ueber den Einfluss der Coryza auf das Gehörorgan und über ihre Behandlung. (De l'influence du coryza sur l'organe de l'ouïe et de son traitement.)** *La Loire méd. 15. Mai 1884*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

16) **Küpper** (Elberfeld). **Ueber den Einfluss von chronischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut auf nervöses Herzklopfen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 51. p. 828. 1884.*

Fall, in dem nervöses Herzklopfen nach Zerstörung der Schwellkörper und von Wulstungen der Rachenschleimhaut in 12 Sitzungen mittelst der Galvanocaustik heilte. Verf. kennt 2 Fälle, in denen Aborte nach ähnlichen Operationen eintraten und warnt vor ihrer Anwendung bei Schwangeren. B. FRAENKEL.

17) **Fénykövy** (Klein-Asien). **Ein Fall von Asthma bronchiale mit gleichzeitigem Auftreten von Urticaria.** *Wiener med. Presse. No. 49 1884.*

Alle 4 bis 5 Monate trat ein Nasencatarrh mit heftigem Niesen auf, an welchen sich nach 1—2 Tagen eine allgemeine Urticaria und dann Asthma anschloss, welches einige Tage andauerte; die 29jährige Frau litt seit 8 Jahren an dem Uebel. Schnitzler erwähnt anschliessend 3 eigene Beobachtungen derselben Art. Bei einer 30jährigen Dame beseitigte er das Asthma sammt der universellen Urticaria durch Heilung der chronischen Rhinitis.

Fényková hält die Urticaria für eine Reflex-Neurose, wie das Asthma selbst. CHIARI.

18) **Longuet. Ueber den Nasenhusten. (De la toux nasale.)** *L'Union médical. 22. Januar 1884.*

L., die Arbeit John Mackenzie's über denselben Gegenstand besprechend, erinnert an die Arbeiten Hack's und Seiler's und gelangt, wie diese Autoren, zu folgenden Schlüssen: Es giebt einen Husten, der durch pathologische Processe in den hinteren Partien der Nasenschleimhaut ausgelöst wird, und der leicht durch locale Behandlung der afficirten Stelle der Nase beseitigt wird. Diese „tussigenen“ Zonen, vergleichbar den hysterogenen Zonen bei gewissen Nervenleiden, liegen an dem hinteren Antheile der unteren Muschel und des Septums. E. J. MOURE.

19) **G. Sée** (Paris). **Semiologie und Diagnose der Grippe. (Séméiologie et diagnostic de la grippe.)** *La France méd No 138, 139, 140. 1884.*

Bei ausführlicher Besprechung des ganzen Krankheitsbildes der Grippe bemerkt S., dass diese Affection immer durch Reizung der Schleimhaut des Respirationsorgans characterisirt sei, womit stets auch neuro-musculäre, ferner vasomotorische und digestive Störungen einhergehen.

Die Grippe fängt mit einer acuten Coryza an, wobei gewöhnlich auch die Frontalsinus mitergriffen sind. Die Entzündung greift bald auf den Nasenrachenraum, Kehlkopf, Trachea und die grösseren und mittleren Bronchien über.

Bei den schwereren Formen der Grippe bleibt es nicht bei oberflächlicher Reizung der Respirationsschleimhaut, sondern sie greift in die Tiefe und erzeugt parenchymatöse Entzündungen der Athmungsorgane. Oft nimmt die Entzündung infectiösen Character an und localisirt sich in den lymphoiden Organen, wie die Milz und die Tonsillen.

Letztere schwellen an und ihre Follikel sind mit massenhaften epithelialen Abschuppungen angefüllt. Oft kommt es hierbei unter hohem Fieber zur Vereiterung.

Nicht immer ist die Differentialdiagnose zwischen der schweren Form der Grippe und Tyhus abdominalis oder Miliartuberculose leicht zu stellen.

E. J. MOURE.

20) **S. H. Stout** (Cisco, Texas). **Behandlung der Influenza und schwerer Erkältungen. (Treatment of influenza and bad colds.)** *Texas Courier Record of Med. Dec. 1884.*

Die Indication besteht darin, so schnell als möglich das verlorene Gleichgewicht der Circulation herzustellen. Zu diesem Zwecke nimmt der Autor seine Zuflucht zu den gebräuchlichen und durch die Zeit geheiligten Mitteln.

LEFFERTS.

21) **Voltolini** (Breslau). **Ueber Epistaxis. (De l'épistaxis.)** *Revue mens. de laryngol., d'otol. etc. No. 10. Oct. 1884.*

Die Nasenmuscheln, die schon von Hause aus sehr dünne Knochen sind, erscheinen in ihrem Aufbau noch viel zarter durch die Unzahl von Lücken, die den Gefässen zum Durchtritt dienen. Bedeckt sind sie von einem cavernösen Gewebe und die grosse Menge des in demselben kreisenden Blutes dient der durch die Nase in die Lungen strömenden Luft als Wärmeregulator, und schafft den zahlreichen Schleimdrüsen, die die Nase schlüpfrig erhalten, genügende Nahrung. Die ganze Anlage des Gefässsystemes der Nase erklärt aber das häufige Vorkommen von Nasenbluten, das mitunter direct oder indirect lebensgefährlich werden kann. Namentlich bei auszuführenden Operationen können, wie schon Dieffenbach erwähnt, ernste Blutungen entstehen, die der ganzen Geschicklichkeit und Kaltblütigkeit selbst des erfahrensten Operateurs bedürfen.

Verf. bespricht hierauf die Blutungen, die vom vorderen Antheile des knorpeligen Septums ausgehen und erklärt, die diesbezüglichen Ansichten O. Chiari's (Wien) vollkommen zu theilen. Er hat eine derartige Blutung sogar bei einer 86jährigen Frau beobachtet. Dann beobachtete er aber noch einen anderen Fall von Epistaxis bei einem jungen Manne, bei welchem er als Ursache

eine Blutung durch Diapedesis, ausgehend von der Schleimhaut der beiden unteren Nasenmuscheln, annahm. Endlich erinnert er an den schon in seinem Lehrbuche beschriebenen Fall, wo er bei genauer Untersuchung mittelst Sonnenlicht als Ursache der immer wiederkehrenden Hämorrhagie eine kleine Wucherung (vielleicht Angiom) nahe dem Zugange zum Antrum Highmori entdeckt hatte. Zur Behandlung dieser Arten von Epistaxis empfiehlt Verf. als souveränstes Mittel die Galvanocaustik, die sichere und dauernde Heilung erziele. Der Galvanocauter darf nur rothglühend gemacht werden, sonst wirkt er zu sehr in die Tiefe. In obigem Falle von Blutung per diapedesin erzielte er Heilung durch Bestreichen der Schleimhaut der unteren Muscheln mit dem Flächenbrenner. Verf. räth, grosse Sorgfalt der Nachbehandlung zu widmen, selbst bei den kleinsten Operationen, die man in der Nase vorgenommen hat, da sonst Pyämie, Septicämie und Meningitis folgen können. Die Kranken sollen womöglich nach der Operation das Zimmer hüten und die Nase mit Salicylwatte verstopft tragen.

Bei Epistaxis aus anderen Ursachen oder bei Nasenbluten nach Operationen, soll man vorerst den Patienten bei vorgeneigtem Kopfe die Nase durch 5—10 Minuten schliessen lassen und dabei Acht haben, ob nichts durch den Rachen hinunterfliesst. Reicht dieses Verfahren nicht aus, so wird zur Tamponade der Nasenhöhle geschritten, genügt dies auch nicht, so soll sofort das Cavum nasopharyngeum tamponirt werden mit Hilfe von entsprechend gekrümmten Zangen, wobei V.'s Gaumenhaken zum Abziehen des sich stark contrahirenden Gaumensegels gute Dienste leistet. Die Bellocq'sche Röhre verwirft er, weil sie 1. zu voluminös und schwer ist, weil 2. die Einführung derselben jedenfalls mehr Zeit braucht und weil 3. ihre Anwendung nicht immer zuverlässig ist, da der durch sie eingeführte Tampon nur den unteren Theil des hinteren Nasenrachenraumes abschliesst.
E. J. MOURE.

22) **E. L. Shurley** (Detroit). **Epistaxis. (Epistaxis.)** *The Medical Age-Détroit. 26. Dec. 1884.*

In einem wohldurchdachten Artikel bespricht der Autor die Aetiologie der verschiedenen Fälle von Epistaxis und wendet sich dann mit einer gewissen Ausführlichkeit der Therapiefrage zu. Das einzige Neue, was er bringt, ist ein Instrument zur Erleichterung der Tamponade, welches er erfunden hat und von dem ein Holzschnitt angefertigt ist. Es ist dies in gewisser Beziehung eine Modification des Elliot'schen Uterinhalters und des Bellocq'schen Röhrchens. LEFFERTS.

23) **B. Baginsky** (Berlin). **Rhinolith.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 48. S. 772. 1884.*

Demonstration eines Nasensteins in der Berl. Med. Ges. Derselbe sass zwischen unterer Muschel und Septum links und besteht überwiegend aus kohlensaurem Kalk.
B. FRAENKEL.

24) **Desprès. Fremdkörper der Nasenhöhle. (Corps étrangers des fosses nasales.)** *Revue méd. franç. et étrang. No. 2. 1884.*

D. empfiehlt zur Entfernung der Fremdkörper in der Nasenhöhle den Löffel

von Leroy d'Etiolles, welchen man unter dem Fremdkörper längs des Nasenbodens bis gegen den Rachen zu vorschiebt. Der Stiel wird sodann umgebogen und es werden von oben nach unten und von hinten nach vorn schabende Bewegungen ausgeführt. Es handelt sich im vorliegenden Falle um einen Kirschkern, der auf diese Weise bei einem 3½ jähr. Kinde entfernt wurde. E. J. MOURE.

25) **G. Czarda** (Prag). **Ueber die Fremdkörper der Nase und über die Kalkconcretionen. (Des corps étrangers du nez et des concrétions calcaires.)** *Gazette méd. de Paris. No. 49, 50. 6. u. 13. December 1884.*

C. beobachtete 5 Fälle von Fremdkörpern der Nase, 4 betrafen kleine Knaben im Alter von 3—4 Jahren und 1 Fall betraf einen Mann von 32 Jahren, bei dem aber der Fremdkörper wahrscheinlich noch von der Jugendzeit herstammte. Zweimal war die Affection eine frische, in den 3 anderen Fällen waren um den Fremdkörper Kalkmassen angehäuft. Dreimal sass er rechts und zweimal links. Es handelte sich in diesen Fällen, deren Krankengeschichte C. genau angiebt, um in die Nase gerathene Stückchen Wolle, Kork und Kerne. In Fällen anderer Autoren bildeten die verschiedensten Fruchtkerne (Blandin, Moure, West, Tillaux), Knöpfe (Hering) Kieselsteine (Ritter) etc das Centrum von Rinolithen. In anderen Fällen war in ihrem Centrum kein Fremdkörper, sondern eine käsige, klebrige, aus Eiter und Epithel zusammengesetzte Masse (Verneuil, Brown, Störk). Die älteste Beobachtung datirt von Gardi aus dem Jahre 1502. Zum Schlusse bespricht C. die diagnostischen Symptome und die Behandlung der Fremdkörper. E. J. MOURE.

26) **Jeanselme** (Paris). **Sarcom der Nasenhöhle. (Sarcome des fosses nasales.)** *Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 5. November 1884.*

J. berichtet über einen im Hôpital Bichat auf der Abtheilung Terrier's beobachteten Fall von Fibrosarcom der linken Nasenhöhle. Der Tumor hatte sich im Verlaufe von zwei Jahren entwickelt, und Anlass zu reichlicher serös-eitriger foetider Secretion und zur Obliteration der linken Nasenhälfte gegeben. Es bestand auch Deformation der Nase und Hörstörung. Es gab aber eine Zeit der Remission, in der die meisten Störungen zurückgingen, um dann in verstärkten Maasse wiederzukehren. Auf den ersten Anblick dachte man des jauchig fötiden Secretes und der exulcerirten Partien wegen an ein Epitheliom, doch die microscopische Untersuchung eines excidirten Stückes zeigte, dass man es mit einem Fibrosarcom zu thun habe. Bei der Operation wird der Tumor durch einen medianen Schnitt längs des Nasenrückens blosgelegt und entfernt. Er sass gestielt an der hintersten Partie des Septum auf.

In diesem Falle hätte wohl eine intranasale Exstirpation mit der kalten Schlinge oder mit der galvanocaustischen Schlinge versucht werden können. E. J. MOURE.

27) **Gangolphe** (Lyon). **Myxoma naso-pharyngeum. (Myxome naso-pharyngien.)** *Lyon médical. No. 19. 11. Mai 1884*

Es wird der genaue microscopische Befund des Tumors wiedergegeben, der einem 18jährigen Mädchen durch Ausreissen vollständig entfernt worden war und

den man nach dem äusseren Anblick und nach der Consistenz für ein Fibrom hätte halten können. E. J. MOURE.

28) **Ch. Stonham** (London). **Recurrirender Nasenrachenpolyp. (Nasopharyngeal polypus. Recurrence.)** *Transactions of the Clinical Society of London. Vol. XVII. 1884.*

Demonstration eines 16 jährigen Patienten am 18. April 1884 vor der Clinical Society, bei dem kurze Zeit nach der Entfernung eines vom Processus basilaris des Occiput und von den Körpern der beiden obersten Halswirbel ausgehenden, weichen, leicht blutenden Fibrosarcoms sich ein Recidiv eingestellt hatte. Das Hauptsymptom war beide Male profuse Epistaxis, daneben Verlegung der Nase, geringe Dyspnoe und Dysphagie. Die erste Operation war die Lawrence'sche (temporäre Ablösung der Nase von unten, Freilegung des Tumors, Entfernung desselben), der die prophylaktische Tracheotomie mit Einlegung einer Tamponcanüle vorausgeschickt wurde. SEMON.

29) **P. Schubert. Zur Casuistik der Aspergillusmycosen.** *Deutsches Archiv für klinische Med. Bd. 36. S. 162. December 1884.*

In beiden Nasenhöhlen einer 75jährigen decrepiden Frau fand sich eine den ganzen Nasenrachenraum ausfüllende aus einer äusseren hellgrauen und einer inneren schwarzbraungrünen Partie bestehende Masse, die völlige Verstopfung der Nase und ätzende Secretion zur Folge hatte. Das durch Ausspritzen der Nase aus dem Rachen entfernte Stück erwies sich als genauer Ausguss des Cavum pharyngonasale. Die äussere hellgraue Schicht bestand aus fettig degenerirten Schleimkörperchen und Plattenepithelien, die innere dunkelgefärbte aus zahllosen Pilzen von Aspergillus fumigatus mit Thallusfäden und Gonidien. Dass höhere Pilzarten so ausserordentlich selten in der Nase gedeihen, hat seinen Grund einestheils in der beständigen Vorwärtsbewegung und Entfernung des Nasensecretes, anderntheils in dem Umstande, dass die in der Nase fast immer vorhandenen Coccen und Bacillen den Fadenpilzen äusserst feindlich gegenüberstehen; auch die Temperaturverhältnisse und die chemische Beschaffenheit des Secretes der Nase erweisen sich als ungünstig. In dem mitgetheilten Falle wucherte der Pilz nicht in lebendem Gewebe sondern in zerfallendem Secrete, also nicht parasitär sondern saprophytisch. Local erregte der Pilz zwar nur Entzündung und secretorische Reizung, doch kann durch Verschleppung in die Luftwege Pneumonie und Tod eintreten. SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

30) **Waldeyer** (Berlin). **Ueber den lymphatischen Pharynxring.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 20. 1884.*

In einem Vortrage im Verein für innere Medicin besprach W. den lymphatischen Apparat des Pharynx. Um die ganze Rachen- und obere Pharynxgegend zieht sich ein Ring lymphatischen Gewebes herum, welcher folgendermassen verläuft: Von der Tonsilla pharyngea zieht derselbe zur Gegend der Tubenmündung

(Tonsilla tubaria) von da zur Tonsilla faucium, dann um den Rand des Arcus glossopolatinus herum zur Tonsilla lingualis (Zungenbalgdrüsen in ihrer Gesammtheit), von da auf die andere Seite, um zur Tonsilla pharyngea zurückzukehren. (Die erste Erwähnung dieser W.'schen Lehre findet sich in Krieger: Aetiologische Studien. Strassburg 1880. p. 182. Ref.). B. FRAENKEL.

31) **Lustig** (Innsbruck). **Beiträge zur Kenntniss der Entwickelung der Geschmacksknospen.** Sitzungsberichte der k. Academie der Wissenschaften. Wien. 89. Band. III. Abtheilung. S. 308—324. 1884.

L. sucht die Zeit der Entstehung der Geschmacksbecher zu ermitteln und zwar sowohl beim Kaninchen als beim Menschen und kommt zu folgenden Resultaten: Die Kaninchenembryonen zeigen noch keine Spur von Geschmacksbechern, neugeborene aber sowohl in den Papillae vallatae als foliatae verschiedene Entwicklungsstadien derselben; aber ihre Verbreitung und Anzahl stimmt noch nicht mit den Verhältnissen des erwachsenen Thieres und ist individuell verschieden. Die Geschmacksbecher in dem Anfange der Entwicklung bestehen aus den „Stiftchenzellen" (Schwalbe's), welche noch unbedeckt von den Deckzellen, also ohne Hülle, in dem Epithel liegen; in den späteren Stadien sind die Deckzellen vorhanden aber nicht scharf von dem übrigen Epithel abgegrenzt. Erst in der 3. Lebenswoche sind die Geschmacksbecher völlig nach Zahl und Ausbildung entwickelt.

Was den Menschen anlangt, so fand L. bei einem 5 monatlichen Fötus keine Andeutung von Geschmacksbechern, wohl aber solche bei 6 Kindern aus dem 7., 8. und 10 Lunarmonate; ihre Zahl, Grösse, Anordnung und Entwicklung näherte sich zwar mit zunehmendem Alter den Verhältnissen beim Erwachsenen, erreichte sie aber nicht völlig. Zungen älterer Kinder standen nicht zur Verfügung. CHIARI.

32) **Wertheimer. Ueber die Anastomosen des Hypoglossus mit den Cervicalnerven und über den Ursprung und die Rolle seines absteigenden Astes. (Des anastomoses de l'hypoglosse avec les nerfs cervicaux et sur l'origine et le rôle de sa branche descendante.)** *Société de biologie de Paris. Sitzung vom 27. Oct. 1884. — Gazette hebdom. de méd. et de chir. No. 44. 31. Oct. 1884.*

W. betont, dass Sectionspräparate und Experimente ergeben haben, dass der Hypoglossus selbst sich mit einem grossen Antheil an der Bildung des Ramus descendens betheilige, der für gewöhnlich als Fortsetzung der anastomotischen Cervicalfasern angesehen werde. Die Fasern dieses Ramus descendeus innerviren die unteren Zungenbeinmuskeln. E. J. MOURE.

33) **Herbert. Bemerkung über einen Fall von Zungengeschwür. (Note sur un cas d'ulcération de la langue.)** *Le Concours méd. 2. Février 1884.*

Im Grunde des Zungengeschwüres fühlte man mit der Sonde einen harten Körper. Man incidirte und zog die abgebrochene Krone eines Mahlzahnes heraus. Der Patient erinnerte sich, dass ein Jahrmarktsdentist ihm vor einem Jahre einen cariösen Zahn gezogen habe. Der Operateur wollte wahrscheinlich, wie es bei den

auf den Jahrmärkten coram publico operirenden Künstlern der Fall zu sein pflegt, mit grösster Gesbwindigkeit extrahiren, hatte zuerst die Zunge gefasst und dann die zerbrochene Zahnkrone gewaltsam in das Zungenparenchym eingebohrt.

E. J. MOURE.

34) **E. Blanc** (Lyon). **Beitrag zu den fibrösen Tumoren der Zunge. Fibromyom der Zunge (Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses de la langue. Fibro-Myoma de la langue).** *Gazette hebdom. de méd. et de chir. No. 37. 1884.*

B. berichtet über einen seltenen Fall von Fibro-Myom der Zungenbasis bei einem 33jährigen Minenarbeiter.

Die hühnereigrosse, mit breiter Fläche dem Zungengrunde aufsitzende Geschwulst nahm fast den ganzen Isthmus faucium ein und doch verursachte sie mit Ausnahme eines bizarren Timbres der Stimme so wenig Erscheinungen von Schmerz oder Unbehagen, dass der Patient keine Ahnung von dem krankhaften Zustande im Rachen hatte. Der Tumor hatte sich sehr langsam entwickelt. Es bestand keine Drüsenschwellung. Partielle Abtragung des Tumors mit der gekrümmten Scheere. Mehrere Wochen später spontane Abstossung des Restes der Geschwulst unter heftigen Erscheinungen von Fieber, Schmerz und Dyspnoë. — Heilung. — Die microscopische Untersuchung des exstirpirten Stückes ergab als Textur ein fibröses Bindegewebe mit eingestreuten glatten Muskelfasern. Der Autor erinnert an einen ähnlichen in der Literatur bekannten Fall von Fith. E. J. MOURE.

35) **Graser. Ueber einen Fall von Zungentuberculose.** Sitzungsber. der physic.-med. Societät zu Erlangen. 16. Heft 1884

Ein 63jähriger Bäcker, bei dem weder in der Lunge noch in anderen Organen Tuberculose nachzuweisen war, zeigte auf der rechten Seite der Zunge, in die Substanz derselben eingebettet, eine wallnussgrosse Geschwulst und daneben ein in der Mitte etwas vertieftes Geschwür. Die für ein Sarcom gehalteue Geschwulst erwies sich nach keilförmiger Excision als ein aus zahlreichen Tuberkeln bestehender Tumor; überall fanden sich Riesenzellen, umgeben von platten Zellen mit grossen ovalen Kernen und in der Peripherie lymphoide Zellen. Tuberkelbacillen waren nicht aufzufinden. Die Ursache soll eine Verbrennung der Zunge mit einer Cigarre gewesen sein; Verf. glaubt, dass Tuberkelbacillen auf die von Epithel entblösste Schleimhaut gerathen seien und die Krankheit hervorgerufen hätten; der Fall sei ein primärer und auf die Zunge localisirter; die Unterkieferlymphdrüsen waren geschwollen.

SCHECH.

36) **Mollière** (Lyon), **Augagneur** (Lyon). **Zungentuberculose. (Tuberculose linguale.)** *Sociétés des sciences méd. de Lyon. Januar 1884.*

Vorstellung von je einem Fall von Zungentuberculose. E. J. MOURE.

37) **Laurent** (Lyon). **Ein Fall von tuberculösem Zungengeschwür. (Observation d'ulcère tuberculeux de la langue.)** *Sociétés des sciences méd. de Lyon. Januar 1884. Lyon méd. No. 15. 13. April 1884.*

Der Fall betraf ein tuberculöses Individuum von 11 Jahren. Das Geschwür von der Grösse eines 1 Franc Stückes sass in der Mitte der Zunge vor dem V,

war 6—8 mm tief, hatte gezackte leicht aufgeworfene Ränder. Der kraterförmige Grund zeigte graulich-weisse Streifen. Die Basis des ganzen Geschwüres ist leicht infiltrirt. Keine Schmerzhaftigkeit. Linke Tonsille zerstört. Larynx intact. Syphilitische Antecedentien werden geleugnet. Keine Spuren die auf Syphilis deuten würden.

Augagneur bemerkt über den vorgestellten Fall. dass die syphilitische Natur des Tumors nicht vollständig auszuschliessen sei.

Mollière macht geltend, dass die tuberculösen Läsionen gewöhnlich multipel auftreten.

Tripier meint, dass tuberculöse Geschwüre unter den verschiedensten Formen auftreten und dass die Gelegenheitsursachen eine grosse Rolle hierbei spielen. Hier sei als Reiz der übermässige Tabakgenuss anzusehen.

Aubert hält das Geschwür für ein aus zerfallendem Gummi hervorgegangenes. E. J. MOURE.

38) **P. Coudray. Zungenkrebs. (Cancer de la langue.)** *Journ. des connaiss. méd. No. 46. 13. November 1884.*

Es wird ein in der chirurgischen Klinik des Dr. Després beobachteter typischer Fall von Carcinoma linguae beschrieben. E. J. MOURE.

39) **Vergely** (Bordeaux). **Primäre infectiöse Anginen des Scharlachs. (Angines infectieuses primitives de la scarlatine.)** *Vortrag, gehalten in der Société de méd. et de chir. de Bordeaux. Sitzung vom 17. October 1884. — Journ. de méd. de Bordeaux No. 16, 17 19, 23. Nov. 1884.*

Bei einem Mädchen von 10 Jahren bestand eine Angina, die anfangs keine schwere Affection erkennen liess. Es traten aber plötzlich infectiöse Erscheinungen auf mit den Symptomen von Gastro-enteritis. Myositis, infectiöser Adenitis und jener Form knotiger Erytheme, wie man sie nur bei Pyämie und Septicämie beobachtet. — Man kann, sagt V., von vornherein nicht sagen, ob man es mit einer scarlatinösen Angina zu thun habe, erst die Aufeinanderfolge der Erscheinungen lasse eine Diagnose feststellen. E. J. MOURE.

40) **Mandillon** (Bordeaux). **Secundäre scarlatinöse Angina pseudo-diphtheritica, zusammenfallend mit schweren urämischen Störungen und mit einer allgemeinen Pemphigus-artigen Eruption. (Angine scarlatineuse pseudo-diphthéritique secondaire, coincidant avec des troubles urémiques graves et une éruption pemphigoïde généralisée.)** *Vortrag, gehalten in der Société de méd. et de chir. de Bordeaux. Sitzung vom 7. Nov. 1884. — Journal de méd. de Bordeaux No. 18. 30. Nov. 1884.*

Das Interessante in dem an einem Kinde beobachteten Falle von Scarlatina ist, dass die Angina pseudo-diphteritica ebenso wie die Pemphigusartige Eruption mit der acuten Nephritis gleichzeitig auftraten. Angina und Pemphigus heilten gleichzeitig und sind beide auf die gleiche Ursache zurückzuführen, nämlich auf die durch den Scharlach und die Nephritis bedingte Veränderung des Blutes und Nervensystems. E. J. MOURE.

41) **Hugo Engel** (Philadelphia). **Infectiöse Angina. (Infectious sore-throat.)** *Philadelphia Med. Times. 27. December 1884.*

Es giebt zwei Arten von Angina: die catarrhalische und infectiöse. Bei der ersten ist Abscessbildung in einer oder beiden Tonsillen ein gewöhnliches Vorkommniss, während in der zweiten es niemals zur Eiterung kommt. Die infectiöse Angina erscheint oft in einem Hause, wo der Eine oder der Andere an Diphtherie leidet. Dieselben rheumatischen Symptome und dieselben eigenthümlichen Ausschläge, welche viele Fälle von Diphtherie characterisiren, begleiten auch die infectiöse Tonsillitis. Gelegentlich wird auch Albumen im Urin gefunden.

Die einfache oder catarrhalische Angina bietet niemals solche Symptome dar, weder den Wechsel in der Temperatur, profuse Schweisssecretion, noch die heisse glatte Zunge, wie dies bei der infectiösen Angina vorkommt. Letztere befällt in der Regel die Frauen, wie der Autor behauptet.

Er bespricht ferner die Aetiologie der Symptome, deren Character und theilt ausführlich seinen Behandlungsplan mit. LEFFERTS.

42) **Grognot** (de Milly). **Opalescirender Herpes des Rachens und des Larynx. (Herpès opalin de la gorge et du larynx.)** *Le concours méd. No. 46. 15. Nov. 1884.*

Es wird über ein Fall von opalartig glänzenden herpetischen Bläschen berichtet, die sich an der linken Seite des Gaumensegels am Zäpfchen, im Rachen und an den Aryknorpeln gezeigt hatten. In 5 Tagen war der Process abgelaufen, ohne dass sich, wie von ähnlichen Fällen beschrieben wird, pseudo-membranöse Exsudationen gebildet hätten. E. J. MOURE.

43) **Trélat** (Paris). **Spaltungen des harten Gaumens; Uranoplastik. (Divisions de la voûte palatine; uranoplastie.)** *Gazette des hôpitaux. No. 125. 28 October 1884.*

Bei Gelegenheit eines Falles von Wolfsrachen bespricht T. den Operationsvorgang und bemerkt, dass er diese Operation immer in der Narcose vornehme, wobei er Sorge trage, dass dem Kopfe eine solche Stellung gegeben werde, dass das Blut nicht in den Larynx oder Oesophagus fliesse. E. J. MOURE.

44) **Atkinson. Folliculäre Tonsillitis. (Follicular tonsillitis.)** *Practitioner. Sept. 1884.*

Der Verf. hält Feuchtigkeit und mangelhafte sanitäre Einrichtungen für das wichtigste ätiologische Moment bei der Entstehung des Leidens. Therapeutisch empfiehlt er eine Mixtur, bestehend aus Kali citricum effervescens, Kali chloricum (oder Natrium biboratum) und Spiritus nitricus dulcis vierstündlich, und ein Gargarisma, bestehend aus Acidum boracicum 4,0. Glycerin 7,5 und Infus. rosar. comp. 30,0, bei leichter und nährender Diät. SEMON.

45) **Grynfeltt** (Montpellier). **Chronischer Abscess der Tonsille. (Abcès chronique de l'amygdale.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Montpellier. No. 34. 23. August 1884.*

Gr. berichtet über einen Fall von chronischem Abscess der rechten Tonsille

bei einem sehr anämischen Individuum von 17 Jahren, den der Autor als ein Residuum einer vor längerer Zeit (10 Monaten) abgelaufenen Tonsillitis auffasst, ähnlich den bei scrophulösen Individuen nach Lymphdrüsenentzündungen bisweilen auftretenden subacuten oder chronischen Abscessen. — G. bemerkt, dass sich äusserst wenige derartige Fälle beschrieben finden. E. J. MOURE.

46) **Le Gendre** (Paris). **Beitrag zur Diagnose des syphilitischen Schankers der Tonsille. (Contribution au diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale.)** *Auszug aus den Archives générales de médicine. Januar- und Februar-Nummer. 1884.* Paris. Asselin & Comp,

Der Autor bespricht hauptsächlich die Differentialdiagnose zwischen indurirtem Schanker der Tonsillen einerseits und der Angina diphtheritica und gangraenosa, dem Epitheliom und ulcerirten Gummata der Tonsillen andererseits. Es werden 13 beobachtete Fälle in extenso wiedergegeben, bei denen vorerst die Diagnose auf die eine oder andere der obgenannten Affectionen gestellt worden war und bei denen gewöhnlich erst durch das Auftreten von secundären syphilitischen Symptomen ohne nachweisbare Primärinduration an den Genitalien oder sonstigen Körperstellen die Affection der Tonsille als indurirter Schanker gedeutet wurde. — Die Fälle betrafen 7 Männer und 6 Frauen, was gegen die Annahme, dass die Infection auf den „Coitus ab ore" zurückzuführen sei, spricht. In einem Falle war das Saugen an dem Saugfläschchen eines syphilitischen Kindes, in einem anderen das Küssen eines mit „plaques muqueuses" behafteten Individuums die Ursache. Ueberhaupt scheint die Uebertragung durch Kuss, (der nach Diday in einem Mechanismus besteht, der ein Mittelding von Saugen und Aspiration ist und der die in der Mundhöhle befindliche Flüssigkeit und Luft mit Macht gegen den Isthmus faucium zu drängt), das häufigste ätiologische Moment des Schankers der Tonsillen abzugeben. E. J. MOURE.

47) **Pivaudran. Ueber die Syphilis der Tonsillen. (De la syphilis des amygdales.)** *Thèse. 28. Juli 1884.* A. Parent. Paris.

Im 1. Capitel bespricht der Autor die Primärsclerose der Tonsillen, die möglichen Arten ihrer Entstehung und die Schwierigkeit der Diagnose.

Im 2. Capitel behandelt er die „plaques muqueuses" an den Tonsillen und im 3. die tertiären Formen der Syphilis, die hier auftreten können.

Aus der Literatur sind namentlich als Anhang für den 1. Abschnitt viele Fälle von primärem Schanker der Tonsille zusammengestellt. Als Beleg für die tertiäre Form bringt er auch eine Beobachtung aus der Klinik Baratoux's.

Der Autor citirt vielfach die Arbeiten französicher Syphilidologen.

E. J. MOURE.

48) **Balding** (Cambridge). **Sarcom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *Lancet. 23. August 1884.*

Demonstration des Präparats am 4. Juli 1884 vor der Cambridge Medical Society. Die Geschwulst, ein Rundzellensarcom, ging von der linken Tonsille aus, verbreitete sich in die Submaxillargegend, zog die benachbarten Drüsen in Mitleidenschaft, und hatte in den letzten Wochen vor dem Tode des Patienten durch

Infiltration der Weichtheile einen Druck auf die Luftwege ausgeübt. Ein Mal war es zu heftiger Blutung aus dem Munde gekommen, die indessen spontan cessirte. Auch war temporär äussere Ulceration am Halse vorhanden gewesen. Der Tod erfolgte an Cachexie. SEMON.

49) **Axel Iversen** (Kopenhagen). **Ueber Pharyngotomia subhyoidea.** *Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 31. p. 610.*

Ausführliche Besprechung der in der Ueberschrift genannten Operation, von derselben werden in einer Tabelle 18 Fälle mitgetheilt. Von diesen sind 9 der Literatur entnommen, 3 von Prof. Studsgaard ausgeführt und 6 vom Verf. In einer zweiten Tabelle werden 24 Fälle von Pharynxgeschwülsten zusammengestellt, und ist diese geringe Anzahl die ganze Ernte, die eine Durchsuchung der letzten 25 Jahre von Schmidt's Jahrbüchern ergab, ein sicherer Beweis für die Seltenheit der Pharynxgeschwülste. Verf. erzielte einen günstigen Operationsverlauf. Er glaubt dies der streng durchgeführten Antiseptik (Nachbehandlung mit Jodoform) einerseits, und andererseits der sonde à demeure zu danken, die er durch die Nase einführte. Trotz der immer wenigstens einseitig ausgeführten Durchschneidung des N. laryngeus superior vermied er auf diese Weise die Schluckpneumonie. Er schickt der Operation eine möglichst tiefe Tracheotomie voraus und verwendet keine Tampon-Canüle. Während der Operation wird der Larynxeingang mit Schwämmen geschlossen. Das Eindringen von Speisen verhindert die Canüle und die etwa in die Trachea gelangenden Mundsecrete sind aseptisch und deshalb unschädlich. Die 3 Fälle Studsgaard's sind folgende: 1. Cancer pharyngis et oesophagi ulceratus. Pharyngotomia subhyoid. Auslöffelung. 18 Februar 1878. 8. April Gastrostomie. Tod nach 6 Monaten. 2. Fibroma ligam. aryepiglottici bei einem 6 Jahr alten Kinde. Pharyngot. subh. Exstirpatio. 10. Dec. 1882. Heilung unter Zurücklassung eines Theils der submucösen Geschwulst. 3. Papillomata laryngis bei einem 3 Jahr alten Kinde. Pharyng. subh. 8. März 1883. Am sechsten Tage Tod an Croup. Des Verf.'s Fälle sind folgende: 1. Epithelioma laryngis. Pharyngot. subh. Resect. pharyngis 15. November 1882. Recidiv nach 5 Monaten. Gastrostomie 15. Mai. Tod am anderen Tage. 2. Epithelioma pharyngis. Pharyngot. subh. Resectio pharyngis 25. Juni 1883. Recidiv nach 5 Monaten, obgleich früh und vollständig alles Krankhafte entfernt wurde. 3. Cancer pharyngis et oesophagi. Pharyng. subh., Resectio pharyngis et oesophagi, Exstirpatio laryngis, 3. Juli 1883. Patientin überlebt die Operation 13 Monate und stirbt ohne Recidiv an einer Sepsis, welche in Folge einer Operation eintrat, die den Zweck hatte, den zu enge gewordenen Eingang in den Oesophagus zu erweitern. 4. Epithelioma pharyng. Pharyngot. subh. Resectio pharyngis 21. Sept. 1883. Recidiv 4 Monate nach der Operation. 5. Strictura oesophagi in Folge einer abgelaufenen Spondylitis mit Prominenzen an der vorderen Fläche der Wirbelsäule in Verbindung mit perioesophagealen Verdickungen. 30 Juni 1884. Heilung. 6. Cancer pharyngis et oesophagi. Pharyngot. subhyoid. Resectio pharyngis et oesophagi, Exstirpatio laryngis 12. Juli 1884. Der Patient war bei Abschluss der Arbeit am 3 December 1884 „frei von jedem Recidiv und völlig gesund". B. FRAENKEL.

d. Diphtheritis und Croup.

50) **Fr. Löffler** (Berlin). **Untersuchungen über die Bedeutung der Microorganismen für die Entstehung der Diphtherie beim Menschen, bei der Taube und beim Kalbe.** Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheits-Amte II. S. 421.

Der Inhalt dieser im hohen Grade bemerkenswerthen experimentellen Arbeit ist nach des Verf.'s Vortrag auf dem III. Congress für innere Medicin in No. 9 des ersten Jahrganges dieses Centralblatts, No. 32 referirt. B. FRÄNKEL.

51) **Ollivier. Diphtherie in Paris. (Diphthérie à Paris.)** *Journal de méd., de chir. et de pharm. September 1884.*

Die Arbeit enthält nur ein statistisches Resumé. E. J. MOURE.

52) **Henoch** (Berlin). **Klinische Mittheilungen über Diphtherie.** *Berliner klinische Wochenschrift. S. 741. 1884.*

Auszug aus einem Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft, der ausführlich in den Charité-Annalen erscheinen wird. Von 319 Fällen von Diphtherie starben 208. Unter den 319 sind 118 Kinder unter 3 Jahren, von diesen starben 101. Croup bekamen 145 (129 †), keine Larynxaffection 174 (79 †). Die Todesursache der Tracheotomirten war fast immer Bronchitis. Verf. bespricht dann die Ausschläge, die nur in 3 Fällen vorkamen, die submaxillare Drüsenschwellung, die fast constant war, die Anschwellung der Gelenke, die Endocarditis und Albuminurie. Letztere trübe die Prognose nur dann, wenn der Niederschlag sehr reichlich, etwa $^1/_3$ und mehr der im Reagenzglase enthaltenen Harnmenge einnähme. In diesem Falle bestehe selbst bei günstigem Ausgang die Nephritis weiter. In Bezug auf die Therapie haben den Verf. in ernsten Fällen auch Sublimat, Arsenik und Papayotin im Stich gelassen.

In der daran geknüpften Discussion (Berl. klin. Wochenschr., 1884, No. 48, S. 772) bespricht Senator die Gelenkaffectionen und die Albuminurie bei Diphtherie, während Ref. ausführt, dass die Entfernung der Pseudomembranen nicht zum Hauptgesichtspunkt der Therapie gemacht werden solle. Dieselbe gelänge mit Pepsin, ohne dass der Verlauf der Krankheit dadurch geändert werde. Er glaubt, dass man es vermeiden müsse, der Schleimhaut eine Wunde oder einen mechanischen oder chemischen Reiz zuzufügen. Ferner (ibidem No. 50, S. 804) empfiehlt Patschkowski die ununterbrochene Anwendung des Eises innerlich und äusserlich. Herr Jaschkowitzsch erwähnt, dass er Speichelfluss als Nachkrankheit beobachtet habe. P. Guttmann bespricht die local anzuwendenden Desinficientien, Sublimatlösung, Chlorwasser, Jodwasser und den inneren Gebrauch von Terpentinöl. Von Papayotin sah er keine Wirkung. Virchow äussert sich über die Begriffe Diphtheritis und Croup. E. Küster erwähnt Fälle von Urämie nach Diphtherie. P. Güterbock lobt die Eisbehandlung. B. FRAENKEL.

53) **M. Putnam-Jacobi** (New-York). **Diphtherie. (Diphtheria.)** Discussion in der Clin. Soc. N.-Y. Post-graduate Medical School and Hospital. *N.-Y. Medical Journ. 10. Jan. 1884.*

Die Discussion wurde eröffnet mit einem Bericht über die neuesten Experi-

mente, welche mit Rücksicht auf die parasitäre Aetiologie der Diphtherie angestellt worden sind. Es wurde behauptet, dass die Aetiologie immer noch der wichtigste und interessanteste Punkt bei dieser Krankheit wäre. LEFFERTS.

54) **L. Stumpf. Klinische Beobachtungen über Diphtherie.** *Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 36. S. 40. December 1884.*

Das der Arbeit zu Grunde liegende Material umfasst 140 Fälle; auffallend erscheint dabei die ausserordentliche und sonst ganz ungewöhnliche Betheiligung des Alters von 15—60 Jahren mit 52 Fällen. Der Regel entspricht das häufigere Vorkommen in der kälteren Jahreszeit. Der Larynx war 22mal ergriffen; 8mal musste die Tracheotomie gemacht werden, sie ergab 4mal Genesung, 4mal Tod. Die Gesammtmortalität beläuft sich auf $8^1/_2$ pCt.; nach Abzug der vom Verf. schon bei der Uebernahme der Kranken als hoffnungslos betrachteten Fälle erreichte die Mortalität die niedrige Ziffer von 5,2 pCt. Auf eine Allgemeinbehandlung glaubt Verf. in der Mehrzahl der Fälle verzichten zu können und legt das Hauptgewicht auf die locale Therapie. Am meisten empfiehlt er die Carbolsäure in 5 proc. Lösung als Inhalation. Trotz des oft enormen Consums derselben will er niemals Intoxicationen gesehen haben. Auch die 4 proc. Borsäure wird empfohlen.

Der von Ranke empfohlenen Zweizimmerbehandlung kann Verf. den Werth einer selbstständigen Behandlung der Diphtherie nicht einräumen. Vor Pilocarpin wird mit Recht gewarnt, ebenso vor dem unwissenschaftlichen und zwecklosen Herumsuchen nach specifischen Mitteln, womit Ref. vollständig einverstanden ist. Das Papayotin ist zu theuer, das Chinolin leistete nicht mehr als Carbolsäure. In Bezug auf letztere muss Ref. erwähnen, dass ihm wiederholt bei dem Gebrauche desselben sehr schmerzhafte Eczeme und Intoxicationserscheinungen begegneten, welche das Aussetzen des Mittels gebieterisch verlangten.

Zum Schlusse seiner Arbeit, deren Details im Original nachzulesen sind, glaubt Verf. den Satz aussprechen zu dürfen, dass die nur mit Gurgelungen und Inhalationen behandelten Fälle viel schneller zur Heilung gelangten als die mit Pinselung behandelten, und dass secundäre Lähmungen mit Verbannung des Pinsels seltener geworden seien. Ob der Pinsel allein daran Schuld sei, möchte Ref. doch sehr bezweifeln. SCHECH.

55) **L. L. Battle. Chlornatrium bei Diphtheritis. (Chloride of sodium in diphtheria.)** *Missisipi Valley Med. Month. Memphis. IV. 469. 1884.*

56) **F. Donahue. Pseudo-Diphtheritis. (Pseudo-diphtheria.)** *Missisipi Valley Med. Month. Memphis. IV. 464. 1884.*

Das Journal ist dem Ref. nicht zugänglich. LEFFERTS.

57) **H. A. Cleland. Die Behandlung der Diphtherie mit Calomel. (The use of calomel in the treatment of diphtheria.)** *Detroit Lancet. November 1884.*

Als das Resultat seiner Erfahrungen an vier ausführlich berichteten Fällen, stellt C. folgende Thesen auf: 1) Dass man bei Diphtherie grosse Dosen beider Quecksilbersalze (Calomel und Sublimat) geben kann, ohne erhebliche Diarrhöen

oder irgend eine der gewöhnlichen constitutionellen Wirkungen des Quecksilbers hervorzurufen. 2) Dass bei der Verabreichung grosser Dosen Mercur keine unliebsamen Nachwirkungen eintreten, weder während der Reconvalescenz noch nach der vollständigen Genesung der Patienten. 3) Dass Mercur in einigen Fällen einen unverkennbaren Einfluss dahin äusserte, dass es die diphtheritischen Exsudate einschränkte und ihre Entwicklung hemmte. LEFFERTS.

58) **Renou** (Saumur). **Behandlung der Diphtheritis durch die Inhalation von antiseptischen Dämpfen. (Traitement de la diphtherie par l'inhalation de vapeurs antiseptiques.)** *Gazette des hôpit. No. 141. 6. Dec. 1884.*

R kommt nochmals auf die schon in früheren Artikeln (siehe No. I, 17 des intern. Centralbl. erster Jahrgang) besprochene Diphtheriebehandlung zurück. Er sagt, dass die angewendeten Mittel nicht als Specifica gegen das Diphtheritisgift wirken, sondern nur dazu dienen, die Luftwege aseptisch zu machen.

Er lässt die Kranken mit Wasserdämpfen gesättigte Luft athmen in einem Raume der genügend athembare Luft enthält. Mit den 25 bis 30 Litern Wasser, das in 24 Stunden verdampft wird, lässt er 50 bis 100 grm Carbolsäure und 20 grm Salicylsäure mitverdampfen. (Die Benzoesäure wendet er als zu theuer nicht mehr an.)

Auf diese Weise hat er 9 schwere Fälle behandelt, von denen 4 geheilt wurden ohne Tracheotomie, die 5 anderen wurden tracheotomirt, aber nur einer wurde geheilt.

Er citirt noch einen derart behandelten günstig verlaufenden schweren Fall von Bouchard (Saumur) und zwei ähnliche Beobachtungen von Béranger (Niort) und Fouquet (Cairo). E. J. MOURE.

59) **L. Barnes. Identität von Croup und Diphtherie. (Identity of croup and diphtheria.)** *Proc. Conn. State. Med. Soc. Hartford. N. Y. Vol. III. No. 1. 1884.*

Eine kurze und interessante Abhandlung, welche bezweckt, die Theorie von der Nichtidentität oben genannter Krankheiten aufrecht zu erhalten.

LEFFERTS.

60) **W. E. Hughes. Diphtheritischer Croup. (Diphtheritic croup.)** *Philadelphia Med. Surg. Reporter. 13. Sept. 1884.*

Es handelt sich um ein Kind von 4 Jahren, welches am zweiten Tage tracheotomirt wurde und 50 Stunden nach der Operation verstarb. Autopsie. Membranen im Larynx und in beiden Bronchien, hauptsächlich im rechten. In der Trachea war wenig oder nichts von einer Membran zu sehen.

LEFFERTS.

61) **R. W. Hutchinson. Ueber den membranösen Croup. (On membranous croup.)** *Philadelphia Med. Surg. Report. 13. Sept. 1884.*

Ausführliche Mittheilung über einen einzelnen Fall, welcher ein Mädchen von 13 Jahren betraf, dass durch die Tracheotomie geheilt wurde. H. discutirt dann die Frage über die Identität oder Nichtidentität des membranösen Croup und der Diphtherie. Seine Ueberzeugung ist die, dass überall, wo wir eine Ent-

zündung, sei es im Pharynx oder Larynx haben, welche zur Bildung von Pseudomembranen tendirt, wir diese als Diphtheritis anzusehen haben. — Die Gründe für diese Ansicht finden sich in dem Original-Artikel. LEFFERTS.

62) **Bouchut. Die Tamponade des Larynx, als Mittel, um der Pneumonie bei Diphtheritis vorzubeugen. (Le tamponnement du larynx comme moyen de prévenir la pneumonie dans la diphthérie.)** *Paris méd. 2. Februar 1884.*

B. bespricht die von Langenbeck aufgestellte Theorie, dass in der Mehrzahl der Fälle die bei Diphtheritis auftretende Pneumonie durch Infection mit dem in die Lungen gelangenden pharyngo-laryngealen Secrete verschuldet werde und dass in Fällen von Diphtheritis prophylactisch die Tracheotomie mit Tamponade des Kehlkopfes gemacht werden möge. B. bestreitet die Theorie und daher auch das vorgeschlagene präventive Verfahren. E. J. MOURE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

63) **E. Cutter. Einige practische Bemerkungen über die Taschenbänder. (Some practical points about the false vocal bands.)** *Gaillards Med. Journal, N.-Y. October 1884.*

Die Bemerkungen lauten dahin: 1. Dass die falschen Stimmbänder sich während des Schlingacts schliessen. 2. Dass sie exspiriren (sic) oder sich schliessen, wenn der Athem angehalten wird. Die Theorien über den Mechanismus des sog. „coup de glotte" sind mannigfaltig. Die Einen lehren, dass das schnelle Oeffnen und Schliessen der Stimmbänder dessen Ursache seien. Die Anderen bestehen fest darauf, dass der „Coup de glotte" bedingt sei durch das plötzliche Schliessen der Epiglottis. Aber wenn man den lebenden Larynx — in situ naturali, sagt Cutter — prüft, so zeigt es sich, dass keine von beiden Behauptungen correct ist. Experimente an der eigenen Person zeigten, dass der „Coup de glotte" bedingt ist durch das plötzliche Oeffnen und Schliessen der falschen Stimmbänder. Bei dieser Procedur wird der Athem von den falschen Stimmbändern festgehalten gerade wie bei der Uebung des Sprachlehrers. 3. Die falschen Stimmbänder bestimmen das besondere Timbre und den Klang des Hustens bei Krampfhusten und Bellhusten. LEFFERTS.

64) **G. Brösicke** (Berlin). **Ueber einen Fall von medianem Ventriculus laryngis tertius.** *Virchow's Archiv. Bd. 98. S. 342. 1884.*

Auf dem Secirsaal fand sich ein Kehlkopf, der ausser sehr entwickelten Seitenventrikeln, die bis nahe unter die Zungenschleimhaut hinauf reichten, einen dritten Ventrikel am vorderen Vereinigungswinkel der Stimmbänder hatte. Derselbe war Erbsengross und durchlöcherte den Schildknorpel. Ebenso wie die mit dem Namen der Laryngocele ventricularis von Virchow bezeichnete übermässige Ausdehnung der Morgagni'schen Ventrikel eine Thierähnlichkeit (Theromorphie) darstellt, findet sich auch bei manchen Thieren z. B. dem Pferde ein dritter mittlerer Ventrikel. B. FRAENKEL.

65) **Fr. Fischer** (Meran). **Laryngitis hypoglottica acuta.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 50. S. 729. 1884.*

Verf. glaubt, dass die den Pocudocroup erzeugende Erkrankung immer in der Trachea beginne. Von Perichondritis unterscheide sie sich dadurch, dass die subchordalen Schwellungen beiderseits gleichmässig seien. B. FRAENKEL.

66) **Reymond. Glottisoedem, Tracheotomie; Heilung. (Oedème de la glotte, trachéotomie. Guérison.)** *La Loire méd. Februar 1884.*

Ein ganz und gar oberflächlich beobachteter Fall von stenotischen Erscheinungen des Larynx, in Folge dessen eine Tracheotomie nöthig wurde. Als Ursache wurde kurzweg Glottisödem angenommen. Ein laryngoscopisches Examen wurde weder vor noch nach der Operation gemacht. E. J. MOURE.

67) **W. F. Jacubowitz. Zur Casuistik der Verbrennungen des Larynx bei Kindern. (K kasuistice oschog gortani u detei.)** *Geschen. klin. Gazeta. No. 32. 1884.*

Ein $1^1/_3$ Jahr alter Knabe hatte etwas von einer concentrirten Laugelösung getrunken. Sofort trat blutiges Erbrechen auf; der Knabe konnte eine ganze Woche fast nichts geniessen, ohne sofort zu erbrechen. Verf. sah den Pat. erst 5 Monate nach dem Unfall als derselbe ins Hospital aufgenommen wurde, angeblich weil er nicht gut schlucken könne. Im Hospital wurde Pat. 2 Wochen beobachtet; während dieser Zeit konnte Pat. nur flüssige Nahrung zu sich nehmen, diese jedoch in hinreichender Menge. Einige Wochen nach dem Austritt aus dem Hospital wurde Pat. wiederum gebracht. Dieses Mal hatte er eine schwere Scarlatina der er nach einigen Tagen erlag. Bei der Section zeigte sich die Epiglottis in allen Dimensionen verkleinert und der Knorpel derselben theilweise atrophisch. Die Schleimhaut der hinteren Wand der Epiglottis narbig geschrumpft, der obere Rand derselben durch Narbengewebe verdickt. Im Uebrigen waren Larynx, Speiseröhre und Lungen normal. An der Hand dieses Sectionsprotocolls und der klinischen Beobachtung macht Verf. darauf aufmerksam, dass trotz der bedeutenden Veränderungen die klinischen Erscheinungen so unbedeutend waren. Was die Therapie solcher Fälle betrifft, so spricht sich Verf. bei Kindern unter 2 Jahren gegen die Tracheotomie aus und belegt seine Ansicht theils literarhistorisch, theils dadurch, dass er mit grellen Farben alle Schrecknisse der Tracheotomie bei kleinen Kindern schildert. Was die Literatur betrifft, so führt Verf. Zahlen an, die für seinen Fall ganz und gar nicht passen; z. B. die von Monti, Hofmokl etc. gegebenen, bei denen indessen die meisten Tracheotomien wegen Diphtheritis des Kehlkopfs gemacht wurden. Natürlich ist die Prognose eine ganz andere, je nachdem man durch Glottisödem oder durch Diphtheritis des Kehlkopfs zur Tracheotomie gezwungen wird! Was ferner die Schrecknisse der Tracheotomie selbst betrifft, so stösst einem beim Lesen dieser Beschreibung unwillkürlich der Gedanke auf, Verf. habe wohl nie selbst eine solche gemacht. Er findet es äusserst schwer, die Lage der Cart. cricoid. zu bestimmen, nicht minder schwierig den Schnitt in der Mittellinie zu führen etc. Während er nun alle Schwierigkeiten der oberen Tracheotomie beschreibt, will er bei derselben die Thymusdrüse zu Gesicht bekommen und warnt vor Verletzung derselben.

Zum Schluss will Verf. die Tracheotomie bei Kindern unter 2 Jahren allenfalls im Hospital gestatten, in der Privatpraxis aber nur dann, wenn die Angehörigen es selbst dringend verlangen. LUNIN.

68) **F. Latouche. Kehlkopfphthise; Glottisoedem; Tracheotomie. Heilung. (Phthisie laryngée; oedème de la glotte; Trachéotomie. Guérison.)** *Revue de clinique médico-chir. No. 1. October 1884.*

Die Diagnose auf Kehlkopfphthise wurde bei obigem Falle, der eine 36jähr. Frau betraf, nur mit Rücksicht auf den Lungenbefund im Verein mit der Heiserkeit und den Schlingbeschwerden gestellt. Desgleichen wurde die Heilung nach gemachter Tracheotomie nur auf die Besserung der subjectiven Symptome hin constatirt. — Eine laryngoscopische Untersuchung war nicht geglückt. — Und doch glaubt sich L. berechtigt aus der Geschichte dieses Falles den Satz ableiten zu dürfen, dass die Tracheotomie bei Kehlkopfphthise nicht nur momentan lebensrettend, sondern direct und dauernd heilend wirken könne. E. J. MOURE.

69) **Morel-Lavallée (Paris). Primäre tuberculöse Laryngitis. Chronisches Glottisoedem. Tod. (Laryngite tuberculeuse primitive. Oedème chronique de la glotte. Mort.)** *La France méd. No. 135. 20. Nov. 1884.*

In vivo wurde bei einem 12jährigen Kinde diagnosticirt: 1. chronische Laryngitis, weil, wie M.-L. sagt, „zwei rothe Bänder, ohne Zweifel (?) die Stimmbänder, mit dem Laryngoscop sichtbar waren“; 2. Glottisödem, weil „diese rothen Bänder cylindrisch waren“; 3. tuberculöse Bronchialdrüsenerkrankung „weil chronische Dyspnoe da war“. — Bei der bald darauf vorgenommenen Obduction fand man dagegen grosse Ulcerationen oberhalb der Stimmbänder, Epiglottis und aryepiglottische Falten ödematös. Die Bronchialdrüsen intact.

Die Beobachtung birgt zahlreiche Widersprüche und entbehrt jeder wissenschaftlichen Genauigkeit. E. J. MOURE.

70) **Schiffers (Lüttich). Kehlkopf-Syphilis. Anwendung von Chromsäure bei Glottisoedem. (Syphilis laryngée. Emploi de l'acide chromique dans l'oedème de la glotte).** *Extrait des Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège. 1884.*

In einem Falle von entzündlichem Glottisödem bei syphilitischen Kehlkopfgeschwüren, wo das Lumen des Kehlkopfs auf eine Spalte reducirt war, und bei dem Zunehmen des Oedems Asphyxie drohte, gelang es Sch. durch 4—5 Touchirungen mit Chromsäurelösung (1 : 6) dasselbe zum Rückgange zu bringen und die Vernarbung der Geschwüre anzuregen, so dass im Verein mit der Allgemeinbehandlung ein recht zufriedenstellendes Resultat erreicht wurde. Durch eine später von Neuem vorgenommene Behandlung mit Chromsäurebepinselungen wurde der Zustand noch bedeutend besser und vor Allem die so schlimmen Folgen der Larynxstenose verhindert. Sch. empfiehlt daher sehr warm bei entzündlichem Oedem bei Syphilis und auch manchem bei Phthisis alle 2—3 Tage vorzunehmende Touchirungen mit Chromsäurelösungen von 1 : 6 oder 1 : 10. Die Wirkung der Chromsäure beruhe auf deren stark oxydirenden und ausserdem noch eiweiss-

coagulirenden und mit grosser Energie wasserentziehenden Eigenschaften. Den Geweben geben sie eine harte Consistenz und braungelbe Färbung. BAYER.

71) **G. Latouphis. Syphilitische Gummata des Larynx. (Gommes syphilitiques du larynx.** *Thèse. Paris, 1884.* A. Parent.

Die syphilitischen Gummata treten im Larynx als umschriebene Knoten oder in infiltrirter Form auf. Man unterscheidet an ihnen vier Perioden: 1) der Entwicklung. 2) der Erweichung. 3) der Ulceration und 4) der Heilung. — Sie kommen nicht so selten vor, als die Statistik von Morell Mackenzie und die von Poyet es lehrt, was daher rührt, dass dem Arzt zumeist erst die ulcerative Form des Gummi zur Beobachtung kommt, bei der sich nicht immer die richtige Diagnose stellen lässt. Gummata des Larynx sind häufiger beim Manne als beim Weibe. — L. giebt eine pathologisch-anatomische Darstellung, erörtert die Symptomatologie aller vier Stadien und deren Behandlung.

Zum Schlusse werden die Krankheitsgeschichten von mehreren an den Kliniken Fauvel (Paris) und Moure (Bordeaux), beobachteten Fällen von Gummata des Larynx wiedergegeben.

Nichts von Belang. E. J. MOURE.

72) **Réthi (Wien). Zur Casuistik der Lungensyphilis.** Aus Schnitzler's Poliklinik. *Wiener med. Presse. No. 52. 1884.*

Anschliessend an die Beschreibung eines Falles von Kehlkopf- und Lungensyphilis giebt R. die von Schnitzler bei der Diagnose von Lungensyphilis beobachteten Grundsätze an:

1) Nachweis einer syphilitischen Infection;
2) characteristische Ulcerationsprocesse an der Haut und den Schleimhäuten;
3) Dämpfung über dem mittleren oder unteren Lungenlappen;
4) Mangel der Tuberkelbacillen im Sputum;
5) die erfolgreiche antisyphilitische Behandlung.

Der meist fieberlose Verlauf, die grössere Kurzathmigkeit, die weniger reichlichen Sputa sind nicht characteristisch genug. Die Diagnose muss sich immer auf mehrere der obigen Punkte stützen. CHIARI.

73) **P. Koch. Affection der Kehlkopfknorpel während der Convalescenz des Typhus. Darauffolgende Verengerung des Larynx. Tracheotomie 9 Jahre später. Heilung. (Affection des cartilages laryngiens pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Rétrécissement laryngien consécutif. Trachéotomie 9 ans plus tard. Guérison.)** *Annales des mal. de l'oreille, du larynx etc. T. X. No. 6. December 1884.*

Der Fall, dessen Krankheitsgeschichte in ihrem Beginne in den Annales des mal. de l'or. et du lar. vom Jahre 1878, p. 162, verzeichnet ist, betraf einen jungen Mann, der im Alter von 19 Jahren, im Jahre 1875, einen Typhus überstanden hatte. — Vier Monate später waren dyspnoische Erscheinungen aufgetreten, die zurückgingen, als der Kranke eine grosse Menge faulen Eiters mit etwas Blut gemengt expectorirte. Diese Kehlkopfaffection wurde als eine Peri-

chondritis gedeutet, wie sie die Kehlkopfknorpel im Verlaufe von acuten Krankheiten mit relativ langer Dauer zu befallen pflegt.

Drei Jahre nach dem Typhus diagnosticirte man mit dem Kehlkopfspiegel: Parese der beiden Musculi crico-arytenoidei postici und des l. Musculus crico-arytenoideus lateralis Bei grossen Anstrengungen war der Kranke dyspnoisch. — 6 Jahre später, also 9 Jahre nach dem Typhus, trat andauernde stärkere Dyspnoe auf. Bis auf eine Trägheit des l. Stimmbandes zeigen sich die Musculi crico-arytenoidei nur wenig mehr in ihren Bewegungen behindert. Dagegen ist unter den Stimmbändern linkerseits ein rother, zweilappiger Tumor sichtbar, der über die Mitte des Tracheallumens hinüberragt. — Tiefe Tracheotomie. — Bei der Untersuchung durch die Trachealöffnung zeigt sich, dass der obere Lappen dieses Tumors von dem linken Antheile des Ringes der Cartilago cricoidea gebildet wird, während der untere nur eine Falte der Kehlkopfschleimhaut ist. — Zerstörung der Falte mit dem Thermocauter, das vorstehende Ringknorpelstück wird belassen. Schwinden der Dyspnoe. Entfernung der Canule. Heilung.

K. knüpft an diesen Fall Betrachtungen über die Ursachen der Dyspnoe, die im Verlaufe von Typhus sich zeigt. Sie ist gewöhnlich durch Medianstellung der Stimmbänder bedingt, die ihrerseits entweder ihren Grund hat in der Ankylose der Crico-arytaenoidal-Gelenke, Myopathien der beiden Postici (Folgen der Chondritis und Perichondritis der Ringknorpelplatte) oder in den seltenen Fällen von acuter intercurrirender Affection der Schilddrüse durch Reizung oder Compression der Recurrentes verursacht wird. — Immer sei in diesen Fällen, auch wenn noch keine imminente Gefahr da ist, die Tracheotomie indicirt, da man nicht wissen könne, bis zu welchem Grade die Lähmung der Abductoren gehen wird, ob sie ihre Function wieder erlangen werden, welche Ausdehnung ein etwa auftretendes Oedem nehmen wird, und ob nicht Kehlkopfknorpelstücke das Lumen der oberen Luftwege verlegen werden. E. J. MOURE.

74) A. Sokotowski (Warschau). **Kehlkopfstenose. (Przypadek zweienia kitani.)** *Gazeta lekarska. No. 50. 1884.*

S. demonstrirt in der Warschauer med. Gesellschaft einen 17jährigen Patienten mit einer membranösen Verwachsung der Stimmbänder als geheilt. Der Kranke giebt an, seit einigen Jahren heiser zu sein und in letzter Zeit Athembeschwerden verspürt zu haben. Vor 5 Jahren soll er an einem Exanthem gelitten haben, welches S. als luetisch aufzufassen geneigt ist, da die Schwester des Kranken mit syphilitischer Caries der Muscheln behaftet war. — Die Untersuchung des Patienten ergab: Ozaena atrophicans mit consecutiver Pharyngitis, im Larynx konnte wegen starker Dyspnoe nur so viel constatirt werden, dass die Epiglottis normal, der linke Aryknorpel geschwollen und die Stimmbänder geröthet und verdickt waren. Diesen Zustand bezeichnet S. als Chorditis hypertrophica (!). Die zunehmende Dyspnoe zwang zur Tracheotomie, wodurch die Athemnoth sofort beseitigt wurde. — Während des Aufenthalts im Spital wurde Patient vom Typhus abdominalis befallen, von welchem er nach 6 Wochen schliesslich genas.

Eine spätere Untersuchung mit dem Spiegel ergab: die Stimmbänder mittelst

einer dicken, sehnigen Membran verwachsen, welche in ihrem hinteren Theile eine kleine Oeffnung zeigte. Die Membran war straff gespannt, härtlich, von dunkelrother Farbe, inserirte sich am Rande der wahren Stimmbänder. S. erklärt das Zustandekommen dieser Membran durch eine hypertrophische fibröse Degeneration der Schleimhaut der Stimmbänder.

Die Membran wurde mit dem Messer gespalten, die Dilatation mit den Schrötter'schen Röhren vorgenommen (bis No. 9), der Kranke mit zugestopfter Canüle entlassen. Einige Monate später musste wegen Recidiv die Membran nochmals durchtrennt und der Larynx dilatirt werden. — Der als geheilt demonstrirte Kranke zeigt im Larynx eine dreieckige, die Hälfte seines Lumens einnehmende, am ganzen rechten Stimmband sich inserirende Membran, die bis zur Hälfte des linken Stimmbandes sich erstreckt und dem Drucke der Schrötter'schen Bougie nachgiebt. Patient hat noch leichte Athembeschwerden bei stärkerer Bewegung. Wie die dem Original beigefügte Zeichnung ergiebt, ist der linke Aryknorpel noch bedeutend angeschwollen. — Ref., der den Kranken untersucht hat, kann den Fall ebensowenig als geheilt, als auch die Diagnose Lues als ganz sicher betrachten. Trotzdem die Mehrzahl solcher Membranbildungen als syphilitischen Ursprungs angesehen wird, ist die Möglichkeit der Stoerk'schen Blennorrhoe (Ozaena, Pharingitis sicca) hier nicht ausgeschlossen. Seine eigenen Beobachtungen sowohl wie die Erfahrungen Semon's beweisen, mit welcher Hartnäckigkeit derartige Stenosen nicht nur der Dilatationsmethode, sondern auch energischen operativen Eingriffen wiederstehen resp. recidiviren. HERING.

75) **Chiari** (Wien). **Tubage des Kehlkopfes.** *Deutsche Medicinal-Zeitung, No. 98, 99, 100. 1884.*

Die kleine Arbeit soll in knapper Form das bis jetzt Bekannte und Erprobte in Bezug auf diese Methode darstellen. Sie berücksichtigt besonders die Art der Ausführung, dann die Indicationen und die Resultate, welche man mit ihr bei den Kehlkopfstenosen erzielt.

Im Anschlusse wird die Tubage der Trachea besprochen und die Erweiterung der Larynxstenosen nach ausgeführter Tracheotomie (besonders die Schrötter'sche Methode); den Schluss bildet der Vergleich der Erfolge nach dieser Methode und nach Laryngofissur. AUTOREFERAT.

76) **Alexander Jacobson** (Petersburg). **Zur Frage von der mechanischen Behandlung der Larynxstenosen.** *Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 31. p. 761. 1884.*

Nach einer längeren, für die Leser dieses Blattes unnöthigen, sich vornehmlich auf Hering's Arbeit stützenden literar-historischen Einleitung, werden interessante Fälle von Larynxstenosen eigener Beobachtung mitgetheilt und besprochen. A. Solche, in denen eine Canüle getragen wurde. 1) Syphilitische Larynxstenose in Folge von Perichondritis cricoidea. Vier Jahre nach der Tracheotomie wurde durch längere Behandlung mittelst Bougiren durch Zinnbolzen und Canülen und Einschnitten vollkommene Heilung, d. h. Entfernung der Canüle und deutliche Sprache erzielt. Die Stenose war so eng, dass im Anfang nur eine Hohlsonde hindurchging. Während Patient die Canüle trug, hatte er wiederholt

Blutspeien, später nicht mehr. 2) Einen ähnlichen Fall, in dem der Larynx zwar wieder wegsam wurde, jedoch der Kranke aus der Behandlung ging, bevor die Canüle entfernt werden konnte. Dieser Fall gab dem Verf. Veranlassung, eine nach Art des Schrötter'schen Hartgummirohrs construirte Canüle zu erfinden, mit welcher der Larynx von der Trachealwunde aus bougirt werden kann, während der Patient durch die Canüle, also durch den Mund athmet. B. Solche ohne vorherige Tracheotomie. 3) Laryngostenose in Folge von wie Himbeeren aussehende Vegetationen der hinteren Wand. Heilung durch Bougiren mit Schrötter'schen Hartgummiröhren. Fall aus dem Jahre 1876. 4) Syphilitische Stenose, in der während der Behandlung plötzlich der Tod an Erstickung erfolgte, weshalb Verf. die ambulatorische Behandlung in solchen Fällen für nicht angezeigt erklärt. Den Schluss der Arbeit bildet eine Polemik gegen das von Reyher und Bornhaupt befolgte Verfahren zur Behandlung der Larynxstenosen.

B. FRAENKEL.

77) **Fritz Salzer** (Wien). **Larynxoperationen in der Klinik Billroth (1870—1884).** *Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 31. S. 848. 1884.*

Eine dankenswerthe Zusammenstellung genau beobachteter Fälle, die für die Statistik der betreffenden Operationen ausgezeichnet zu verwerthen sind.

I. Laryngofission. 11 Mal an 10 Individuen vorgenommen, und zwar 1 Mal wegen tuberculöser Granulationen, die für Carcinom gehalten wurden, 8 Mal wegen Carcinoms, 1 Mal wegen Rhinoscleroms und 1 Mal wegen narbiger Verwachsung der Stimmbänder, die nach der Operation sich wieder verlötheten, so dass nach 5 Jahren eine neue Operation nöthig wurde. In 8 Fällen günstiger Wundverlauf, bei 3 Tod innerhalb der ersten 8 Tage. In 9 Fällen grössere Wunden, darunter 5 ohne Fieber. Bei letzteren fanden Tampon-Canüle, Jodoformgaze, Tamponade und permanente Tracheal-Canüle Anwendung. Von den 5 Carcinom-Operationen, welche operirt wurden und die Operation überlebten, zeigte nur ein Fall nach mehr wie zwei Jahren kein Recidiv. In diesem Falle hatte Schrötter ein Stück der Geschwulst intralaryngeal excidirt und daran die Diagnose Carcinom gestellt. Es fehlt die anatomische Diagnose der entfernten Geschwulst. Uebrigens wurde die „papilläre, weiche Neubildung" vom rechten Stimmband in genügender Entfernung mit dem Messer umschnitten, was schliesslich auch intralaryngeal geschehen könnte. In drei der fünf Fälle kam das Recidiv nach 1, 2 und 13 Monaten. Von einem fehlen alle Nachrichten. In den geheilten Fällen, in welchen ein Stimmband nicht krank war, also in sechs Fällen, verblieb dreimal eine heiser tönende Sprache, in drei anderen blos Flüstersprache.

II. Partielle Larynxresection. Einmal wegen Narbenbildung. Resultat: Dauernde Canüle und rauhe heisere Stimme. Der von O. Chiari aufgenommene laryngoscopische Befund ist abgebildet. Dann 7 Mal wegen Carcinom. Die Patienten starben oder bekamen Recidive, mit Ausnahme von 2 Fällen, die erst vor 2 resp. 4 Monaten operirt waren.

III. Totalexstirpation des Larynx. 5 Fälle wegen Carcinom, der Tod erfolgte bei allen innerhalb 7 Monaten. Schliesslich wird die Nachbehandlung bei Larynxwunden besprochen und auf die Wichtigkeit der antiseptischen Behandlung aufmerksam gemacht.

B. FRAENKEL.

78) **Eugen Hahn** (Berlin). **Ueber Kehlkopfexstirpation bei Carcinom.** *Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 31. S. 171. 1884.*

Der Inhalt dieses Aufsatzes ist bereits in Heft 3, S. 94 d. Bl., I. Jahrgang wiedergegeben. B. FRAENKEL.

79) **W. E. Hughes. Carcinom des Larynx. (Carcinoma of the larynx.)** *Philad. Med. Surg. Reporter. 13. Sept. 1884.*

Die Geschichte eines gewöhnlichen Falles in seinem ersten Stadium. Pat. starb in einem Anfall von Dyspnoë. LEFFERTS.

80) **R. Ariza** (Madrid). **Diagnostische Grundsätze des Kehlkopfkrebses. (Elementos diagnosticos del cancer laringos.)** *Imprenta de Enrique Teodoro. Ampora 102. Madrid, 1884.*

Dem Autor zufolge tritt der Krebs des Kehlkopfs nur primär, niemals secundär im Kehlkopf auf, ist relativ häufig und zwar häufiger bei Männern als bei Frauen. A. weist als Ursache des Krebses „eine Diathese" zurück und acceptirt eine Theorie Rubio's, nach welcher die Entstehung des Krebses von denselben Gesetzen abhängig ist, „welche über die Schöpfungs-Verrichtung herrschen, abgewichen im Raum und der Zeit".

Als Ursachen zählt er vor Allem Prädisposition auf. Dass Kehlkopfskrebs besonders häufig linkerseits vorkomme, schreibt er der Neigung des Oesophagus nach links hin zu.

In diagnostischer Beziehung bringt A. nichts Neues und verweist auf die klassischen Specialwerke betreffs der Details. KISPERT.

81) **J. Solis-Cohen** (Philadelphia). **Ein Fall von Paralyse des l. Stimmbandes in äusserster Abduction in Folge einer Verwundung des Nackens. (Un cas de paralysie du bandeau vocal gauche en abduction extrême, à la suite d'une blessure de la nuque.)** *Annales des mal. de l'oreille, du larynx etc. Tome X. No. 6. Dec. 1884.*

Der Fall ist identisch mit dem bereits im I. Jahrgange des Centralblattes, S. 103 besprochenen. E. J. MOURE.

82) **E. C. Morgan. Aphonie in Folge von chronischem Alcoholismus, Paralyse der Musc. crico-arytaenoidei laterales. (Aphonia due to chronic alcoholism, paraylis of the lateral crico-arytaenoids.)** *Journ. Amer. Med. Associat. 22. Nov. 1884.*

Der Autor recapitulirt die verschiedenen Ursachen, welche eine Paralyse der Cricoarytaen. laterales erzeugen können. Da unsere Kenntniss dieser Materie noch sehr unsicher ist, so versucht er es, die Liste der Toxica, welche eine Paralyse der Larynxmuskeln hervorrufen, um den Alcohol zu bereichern. LEFFERTS.

83) **J. C. Mulhall. Ein Fall von Aneurysma intrathorac. mit besonderen Bemerkungen über die Larynxsymptome. (A case of intra-thoracic aneurism with special comments on the laryngeal phenomena.)** *Weekly Med. Review. 19. April 1884.*

Ein interessanter und sehr ausführlich beschriebener Fall von Aortenaneurysma, bei welchem die Dyspnoë durch vier permanente Elemente, nämlich

Insufficienz der Mitralis, Stenose der Trachea durch directen Druck des Aortenaneurysma; Degeneration der Lungen durch Druck auf den Vagus und endlich Paralyse der Abductoren der Stimmbänder durch Druck auf den Recurrens (links seitens des Aortenaneurysma, rechts durch ein secundäres Aneurysma, ausgehend von der Art. innominata) und durch zwei temporäre Elemente bedingt war: nämlich erstens durch Larynxkrampf, verursacht durch Druck auf den Vagus; zweitens durch einen Bissen, der, als er an die Stelle kam, wo die Trachea gegen den Oesophagus gedrängt war, den Krampf verstärkt hatte. (Man fand den Patienten todt an, auf einem Stuhle sitzend.) M. beschreibt eingehend die Erscheinungen seitens des Larynx mit Erforschung ihrer Ursachen, (Incoordination der Muskeln, Larynxcrisen, Parese und schliesslich Paralyse der Abductoren), wie sie sich in diesem Falle gezeigt hatten. Er schliesst seine Bemerkungen mit Citaten aus gut bekannten Autoren und mit persönlichen Betrachtungen über die motorischen Neurosen des Larynx im Allgemeinen. LEFFERTS.

84) **R. Ariza** (Madrid). **Die Paralyse der Mm. crico-arytaenoidei postici als diagnostisches Zeichen schwerer Erkrankungen ausserhalb des Kehlkopfes. (La parálisis de los musculor crico-aritenoides posteriores considerada como signo diagnósico de gravisimas enfermedades extra-laringeas.)** *Madrid, Imprenta de E. Teodoro, Amparo 102. 1884.*

Zuvörderst zählt A. alle bis jetzt bekannten ursächlichen Momente für die isolirte Paralyse der Abductoren auf, bespricht dann einige eigene beobachtete Fälle, citirt hierauf die diessbezüglichen Theorien Semon's, erwähnt der Fälle von Schnitzler und Cohen als der Theorie Semon's entgegenstehend, analysirt dann selbst beobachtete Fälle auf Grund der Untersuchungen Semon's und führt dabei die Meinungen Ferrier's, Rosenbach's u. A. auf. Das Werkchen legt Zeugniss für die fleissigen Literaturstudien des Verfassers ab. KISPERT.

85) **Kothe** (Ballenstedt). **Zur Lehre von den Kehlkopfslähmungen.** *Berliner klin. Wochenschrift. S. 734—738. 1884.*

1) Centrale Erkrankung. Doppelseitige Lähmung der Glottisöffner. 2) Carcinom der Mamma. Propagation der Geschwulst in's Mediastinum. Doppelseitige Lähmung der Glottisöffner. 3) Neurasthenie. Doppelseitige Lähmung der Glottisschliesser. B. FRAENKEL.

86) **N. Castagné. Ueber die Laryngotomia inter-crico-thyroïdea. (De la laryngotomie inter-crico-thyroidienne.)** *Thèse. 18. December 1884.* A. Parent. Paris.

C. bespricht die Indicationen zur künstlichen Eröffnung der Luftwege und geht hierauf über auf die Erläuterung der Vor- und Nachtheile der Tracheotomie, der gegenüber er die Laryngotomie inter-crico-thyroidea hervorhebt, die ganz denselben Zweck wie die Tracheotomie erfüllend viel gefahrloser und leichter auszuführen sei. Die Operation soll darum der Tracheotomie immer vorgezogen werden bei Individuen von über 12 Jahren, bei denen in der Regel das Ligamentum conicum genügend gross ist. Eine Contraindication ergiebt sich mitunter bei Affection der Kehlkopfknorpeln. Der Arbeit ist eine kurze geschichtliche Skizze

der Laryngotomie beigefügt und bringt zum Schlusse 23 aus der einschlägigen französischen Literatur zusammengestellte Fälle (darunter einige noch nicht veröffentlichte von Richelot), die für die Vortheile dieser Operation sprechen und die die ihr gemachten Einwände (wie Enge des Raumes zwischen Schild- und Ringknorpel, Ulcerationen die durch die Canüle erzeugt werden können, Beeinträchtigung der Functionen der Stimmbänder etc.) widerlegen.

Im Ganzen genommen fügt der Autor keine neuen Ansichten über diesen Gegenstand hinzu, die nicht schon in der These von Aguiar (12. December 1883 No. 37) und in der Arbeit von Gillis und den früheren Artikeln wiedergegeben worden wären

E. J. MOURE.

f. Schilddrüse.

87) **Sidney Jones** (London). **Zwei Fälle von Erkrankung der Schilddrüse. Entfernung des Isthmus und eines Theiles der Seitenlappen. (Two cases of disease of the thyroid gland: removal of isthmus and part of lateral lobes.)** *Lancet. 30. August 1884.*

J. unterband in zwei Fällen von Kropf — der eine Patient war 24, der andere 17 Jahre alt — wegen Athembeschwerden den Isthmus der vergrösserten Schilddrüse nebst einem Theil der Seitenlappen und resecirte das unterbundene Stück. Beide Patienten genasen und blieben von ihren Beschwerden dauernd befreit. Das Bemerkenswertheste aber ist, dass sich die zurückgelassenen Theile nach der Operation spontan verkleinerten.

SEMON.

88) **Jos. Rotter** (Würzburg). **Die operative Behandlung des Kropfes.** Aus der Klinik von Prof. Maas. *Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 31. S. 683. 1884.*

Verf. giebt die Krankengeschichten von 9 Kropfoperationen nach Beck (sämmtlich geheilt), von 20 Exstirpationen nicht maligner Strumen (16 geheilt, darunter einer mit der Unmöglichkeit die Trachealcanüle zu entfernen, und 4 starben), sowie von 6 Exstirpationen maligner Strumen (darunter eine Heilung). Den Krankengeschichten voraus geht eine ausführliche Schilderung der Operation und ihrer Folgen, aus welcher für die Laryngoskopiker folgendes von Interesse sein dürfte: Schilderung des Verlaufs des N. recurrens in der Nachbarschaft der Arteria thyreoidea superior, die zu unterbinden ist, bevor sie an den Nerv herangetreten. Die Tracheotomie gefährdet den aseptischen Verlauf und begünstigt den Eintritt einer Mediastinitis, welche eine Theilerscheinung der Sepsis darstellt. Sie soll nicht präliminär, sondern nur bei drohender Erstickungsgefahr gemacht werden. Denn die Umknickbarkeit der Trachea hängt von ihrer Form ab. Bei der Säbelscheidentrachea werden die Bindegewebsmembranen zwischen den Knorpeln breiter und die Form an sich, wie eine Erweiterung der Knorpel bringt ein Zusammenklappen beider Wände zu Wege. Verf. beweist dies experimentell und führt zwei Beobachtungen an, in denen eine Compression der Trachea von vorne nach hinten die Athemnoth sofort beseitigte. Vom höchsten Interesse wäre für die Laryngoscopie das Capitel Nervenverletzungen — solche wurden an den Recurrentes, dem Vagus, am Sympathicus und dem Hypoglossus beobachtet, — wenn immer vor und nach der Operation eine laryngoscopische Untersuchung angestellt und ausreichend mitgetheilt worden wäre. Es ist dies aber nur in neuerer

Zeit und da auch nicht mit hinlänglicher Genauigkeit geschehen. Eine durch die Section nachgewiesene Durchschneidung beider Recurrentes wurde von Maas zweimal gemacht. Als Resultat wird complete Aphonie mit Cadaverstellung beider Stimmbänder angegeben. Mechanische Reizung des Recurrens rief Husten hervor. Einseitige Durchschneidung bewirkte Cadaverstellung des betreffenden Stimmbandes. In den Fällen, in denen eine Besserung dieses Zustandes später beobachtet wurde, wird angenommen, dass keine Continuitätstrennung, sondern nur eine traumatische Leitungsunterbrechung vorhanden war. Die Unterbindung beider Recurrentes (Fall 12) bewirkte ebenfalls Stimmlosigkeit. In einem Falle (24), in dem vor der Operation Parese des linken Stimmbandes vorhanden war, tritt durch die Operation Aphonie ein; diese bessert sich am 2. Tage und nun findet sich laryngoscopisch: „Rechtes Stimmband steht unbeweglich in Medianstellung." Es wurde diese Stellung dauernd beobachtet und nimmt Verf. an, dass nur diejenigen Zweige des Recurrens verletzt worden waren, welche den Musc. crico-arytän -posticus versorgen. (?Ref.). Es ist dies übrigens der Fall in welchem der Hypoglossus resecirt wurde. Der Recurrens spielt nach Verf. auch eine Rolle bei dem häufig nach der Operation eintretendem Verschlucken. Die an den Oesophagus und den Constrictor pharyngis herantretenden Aeste desselben und der Ausfall der Reaction dieser Muskeln soll mit dazu beitragen, um das Verschlucken zu erzeugen. Als Folge der einseitigen Sympathicus - Compression beobachtete Verf. Hyperidrosis unilateralis, Myosis, später wieder schwindende Herabsetzung des intraocularen Drucks, Pulsbeschleunigung. Der Vagus wurde einmal resecirt. Der Patient überlebte die Operation $1\frac{1}{2}$ Tage und zeigte ausser der klanglosen Stimme und dem schnellen Pulse keine auf den Vagus zu beziehenden Symptome. Der Hypoglossus wurde einmal resecirt. Es stellte sich danach Lähmung und Atrophie der betr. Zungenhälfte ein. In Bezug auf die Besprechung des Alters und Geschlechts der Strumectomirten und der Mortalitätsstatistik muss auf das Original verwiesen werden. Bei einer Mortalität von 10 pCt. darf aus cosmetischen Gründen nicht operirt werden. Die Indicationen für die Exstirpation sind vielmehr Erstickungsanfälle, die das Leben oder die Arbeitsfähigkeit bedrohen, rasches Wachsthum und Erfolglosigkeit der Jodbehandlung und Schlingbeschwerden, sowie sonstige schwer zu ertragende Uebelstände. Als Contraindication mit Ausnahme der Indicatio vitalis gelten nicht vom Kropf abhängende Schwächezustände und Verkalkung und Unbeweglichkeit der Struma. Hohes Lebensalter ist keine Contraindication. Die aus der Cachexia strumipriva hergeleiteten Bedenken gegen die Total-Exstirpation theilt Verf. nicht.

B. FRAENKEL.

89) **E. Bottini** (Pavia). **Die Kropfexstirpation und ihre klinischen Folgen. (L'estirpazione del gozzo e le sue cliniche consequenze.)** *Le Medicina contemporanea. No. 10—11. 1884.*

Eine sehr bemerkenswerthe Arbeit. B. hat 52 Kropfexstirpationen ausgeführt. Er bespricht eingehend seine Operationstechnik, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss. Wenn nicht eine sehr bedeutende Larynxstenose besteht, ist er gegen die Vorausschickung der Tracheotomie. Auch wenn nur ein Lappen erkrankt ist, entfernt er die ganze Drüse, da er, ehe er dies that, die

Beobachtung machte, dass die Operirten manchmal nach Monaten mit neuem, von den zurückgelassenen Theilen ausgegangenem Kropf zurückkehrten.

B. hat auch nicht wenige sehr grosse und retrosternale Kröpfe operirt, so dass seine Statistik (von 52 Fällen verlor er 8) als eine recht günstige erscheint.

Die von Kocher aufgestellte Cachexia strumipriva wird eingehend besprochen. B. selbst hat in seinen Fällen trotz der totalen Exstirpation nicht eine Spur davon beobachtet. Er hat seine Operirten wieder und wieder gesehen und stets in blühendem Zustand und ohne Alteration der geistigen Fähigkeiten gefunden. Er glaubt annehmen zu müssen, dass die Fälle von Kocher und Reverdin eben Kranke aus Gegenden betreffen, wo Kropf und Cretinismus endemisch sind, dass bei diesen Kranken trotz der Kropfexstirpation die Krankheit ihren Verlauf nahm, dass der Kropf eben nur eine Begleiterscheinung des nach B. fälschlich als Cachexia strumipriva bezeichneten Krankheitsbildes war.

Er erörtert die differirenden Meinungen und Experimente der Physiologen, das Dunkel und die Widersprüche, die bezüglich der Function der Schilddrüse herrschen. Den Umstand, dass viele Hunde nach der Operation starben, hält er für nicht beweiskräftig der Thatsache gegenüber, dass viele Menschen am Leben und gesund bleiben, um so mehr, als es nicht gleichgiltig sei, ob man (wie beim Hund) ein gesundes Organ, oder (wie beim Menschen) ein Neoplasma exstirpire, das seit geraumer Zeit keine Function mehr erfülle und von dessen Entfernung sich absolut nicht ein so perniciöser Symptomencomplex abhängig denken lasse. Die „Drüse“ sei ja gar keine Drüse mehr.

B. hält nach wie vor die Totalexstirpation als eine durchaus berechtigte Operation aufrecht, was sie nicht wäre bei Annahme einer Cachexia strumipriva.

Er hat dagegen manchmal andere Folgen derselben beobachtet, besonders bei Frauen und jungen Individuen, und zwar bald vorübergehende, aber sehr schmerzhafte spastische Contractionen der oberen Extremitäten am 3. oder 4. Tage nach der Operation (wahrscheinlich in Folge mechanischer Irritation der Nerven). In manchen Fällen dauerte auch die Trachealstenose trotz der Entfernung des comprimirenden Kropfs an, bis allmälig durch den Druck der Luftsäule die Trachealringe wieder ihre normale Configuration annahmen.

Aphonie, Hypophonie, Heiserkeit (Verletzung der Recurrentes) hat B. in seinen Fällen nie beobachtet.

Er hofft zum Schluss, dass die Idee einer Cachexia strumipriva aufgegeben und so eine zwar schwierige, aber segensreiche Operation vor unverdientem Misscredit bewahrt bleiben werde, eine Operation, die eine der schönsten Errungenschaften der modernen antiseptischen Chirurgie darstelle. KURZ.

90) Girandeau. **Beitrag zum Studium des latenten Carcinoms der Schilddrüse. (Contribution à l'étude du cancer latent du corps thyroïde.)** *Revue de méd. p. 102—108. 1884.*

Die betreffende Nummer ist dem Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

91) E. G. West. **Ein Fall von Myxoedem nebst Autopsie. (A case of myxoedema with autopsy.)** *Boston Med.-Surg. Journal. 17. Juli 1884.*

Patientin ist amerikanischer Abstammung und lebte in guten Verhältnissen. Ihr Vater starb im Alter von 58 Jahren an einer Geisteskrankheit, die in Folge

einer Kopfverletzung auftrat. Ihre Mutter, welche jetzt 60 Jahre alt ist, war stark nervösen Temperaments und litt schon als Mädchen an Gastralgieen und anderen Neurosen. Patientin selbst menstruirte zum ersten Male im Alter von 14 Jahren; zu 16 Jahren hatte sie einen heftigen Schreck; zu 20 Jahren verheirathete sie sich. Sie hatte drei Kinder in Zwischenräumen von je zwei Jahren. Während ihrer letzten Schwangerschaft litt sie an Kälteempfindungen, ihre Beine und deren Venen schwollen etwas an und verursachten ihr grosse Schmerzen. Sie überstand jedoch die Entbindung, welche ohne alle Abnormitäten verlief. Von dieser Zeit an datirt die Familie den Anfang der Krankheit, welche W. jedoch auf das erste Kindbett zurückführt. Als sie ihr Kind drei Monate genährt hatte, fühlte sie in den Armen und später in den Beinen ein Gefühl von Druck und Schwere. Sie wurde electrisch behandelt und besserte sich etwas; doch wurde sie in den nächsten zwei Jahren sehr dick, dabei allmälig schwächer und ihre Zunge dick und steif. In dieser Zeit kam sie in Behandlung von W., der ihren Zustand folgendermassen beschreibt: Sie besass einen so ruhigen, bedächtigen und stillen Character, wie ich ihn niemals gesehen habe. Sie war dies selbst ihren Kindern gegenüber, welche zu allerhand Streichen geneigt waren. Ihr Gesicht war sehr bemerkenswerth; jeder Ausdruck schien so zu sagen in Eisen gegossen zu sein. Ihr Haar war ausgefallen, und von der Stirngrenze nach hinten zeigte der Schädel eine eigenthümliche gelbliche Färbung, wie durch Gallenfarbstoff; doch war diese Färbung sonst nirgends vorhanden und blieb auch unverändert selbst nach wiederholten Waschungen mit Borax, grüner Seife etc. Ihre Stirn war unverändert, aber ihre Augenlider waren sehr characteristisch: dieselben waren beutelförmig angeschwollen, zuweilen in geringerem, zu anderen Zeiten in solchem Grade, dass sie kaum ihre Augen öffnen konnte; ganz normal waren sie niemals. Durch Druck konnte man den Inhalt austreiben, ganz wie beim Oedem. Ihr Sehvermögen war etwas gestört, rechts sah sie besser als links. Die ophthalmoscopische Untersuchung schien eine Sclerose der Retinalgefässe um den Opticus zu ergeben, und die Papille erschien links breiter als rechts.

Ihre Backen waren geschwollen, die Nase breit und dick, die Lippen breit und aufgeworfen. Die Schwellung war nicht dieselbe wie bei den Augenlidern, wo sie durchsichtig war, noch hatte sie das eigenthümliche Aussehen wie bei Morbus Brightii, sondern es bestand eine Verdickung und Schwere der betreffenden Theile. Die Haut des ganzen Körpers, besonders aber der Hände und Füsse, war rauh, und zwar mehr bei kaltem als bei warmem Wetter; sie hatte das Aussehen eines universellen chronischen Eczems. Die Wangen hatten ein sehr merkwürdiges, dunkel purpurröthliches Aussehen, welches niemals verschwand, sondern stets bestehen blieb, so dass es dem gelegentlichen Beobachter halb den Eindruck von Gesundheit machte. Die Lippen- und Mundschleimhaut hatte eine tiefere Farbe bis zum Violetten; dagegen war die Zunge im Verhältniss blass. Die Gehörsschärfe war vermindert, zum grossen Theil auch der Geschmack und der Geruch; die Stimme war rauh, die Sprache undeutlich, der Verstand jedoch hell und klar.

Herz und Lungen, Magen und Darm, Leber und Milz waren normal, und am Halse ergab die äussere Untersuchung Nichts, was für oder gegen das Vorhandensein der Schilddrüse sprach.

Der Fall schritt weiter vor, und der letzte Bericht über den Zustand der Patientin ist folgender: Ungefähr zwei Jahre später klagte sie über Schwindel, ihr Gesicht und der ganze Körper schien stärker geschwollen als früher, und die dunkelpurpurne Färbung der Wangen war gesättigter geworden.

Sie hatte starke Schlingbeschwerden, und die Zunge war noch mehr geschwollen, das Kauen war in Folge grosser Steifheit der Kiefergelenke bedeutend erschwert, und kurze Zeit vor ihrem Tode gab Pat. es ganz auf zu kauen, so dass W. gezwungen war, sie fast ausschliesslich durch Suppen ernähren zu lassen. Jede Anstrengung verursachte ihr Dyspnoë; die geringste Thätigkeit machte sie matt. Die Dyspnoë wurde stärker, wenn sie schlief und also keine Macht über sich hatte; dann bot sie das Cheyne-Stokes'sche Respirationsphänomen dar. Sie schlief einen grossen Theil des Tages, und die Intervalle zwischen den kürzeren und längeren, tieferen Athemzügen waren oft so gross, dass ihre Mutter sie sehr oft rüttelte, um sie zu erwecken. Ihr Gesicht wurde stupider, obwohl ihr Verstand so klar war wie immer. Ihr Character war unverändert; dieselbe Ruhe und Stille. Sie sprach, als wenn die Nase verstopft wäre. Als ich diese untersuchte, entdeckte ich einen Schleimpolypen, welchen ich mit der Schlinge entfernte; ein Stück desselben war breiter als die letzte Phalange des Daumens; die Sprache schien jedoch dadurch nicht besser zu werden. Es trat eine kleine Hämorrhagie ein, welche jedoch spontan sich stillte. Es war dies Ausgangs November, die Dyspnoë und die Beschwerden beim Essen nahmen allmälig zu, bis zum 9. December, wo sie ganz plötzlich starb.

Obductionsbefund:

Die Haut überall ungewöhnlich blass. Gesicht und obere Halspartie geschwollen, als ob sie ödematös wären. Druck hinterliess jedoch keine Grube. Die Lippen waren von blassblauer Farbe. Die Beine waren leicht ödematös; auf Druck blieben Gruben zurück. Ein Schnitt durch die Haut liess eine kleine Menge seröser Flüssigkeit ausfliessen.

Die Untersuchung des Gehirns ergab nichts Abnormes.

Das Pericard enthielt ungefähr 60 Grm. einer blassen, gelblichen Flüssigkeit. Die rechte Herzhälfte war dilatirt und enthielt schwarzes, flüssiges Blut; von gleicher flüssiger Beschaffenheit war auch das Blut im ganzen Körper. Die Klappen und Höhlen des Herzens zeigten nichts Abnormes.

Die Zunge hatte symmetrisch an Umfang zugenommen; vielleicht war die Musculatur in der einen Hälfte etwas blässer. Schnitte, die nach der Erhärtung gemacht wurden, ergaben eine reichliche Pigmentirung der Spitzen der Papillen.

Der Oesophagus war normal.

Der Larynx war klein; die Stimm- und Taschenbänder geschwollen und elastisch, die Glottis verkleinert. Ein Schnitt durch die geschwollene Schleimhaut zeigte eine homogene, glänzende durchscheinende Oberfläche. Die microscopische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer gelegentlichen fettigen Degeneration der Fibrillen des Musc. thyreo-arytaenoideus. Das submucöse Gewebe der Zunge und des Larynx ergab die Reaction auf Mucin. Man konnte auch eine Schwellung des Perineurium eines Nervenstammes in einem Stimmband constatiren.

Die Schilddrüse war bei der Herausnahme der Halsorgane so verletzt wor-

den, dass eine genaue Bestimmung ihrer Grösse nicht gemacht werden konnte. Sonst hatte ihr Aussehen nichts Abnormes.

Milz und Nieren normal; desgleichen Leber und Pancreas.

Die Todesursache war offenbar Suffocation durch Schwellung des Larynx. Das submucöse Gewebe desselben zeigte das blasse, homogene, durchscheinende Aussehen eines gewöhnlichen Oedems, doch unterschied es sich von diesem durch seinen elastischen Widerstand auf Druck. Die Schwellung der Stimmbänder war als Myxoedem des Larynx anzusehen. Diese Ansicht stützt sich nicht nur auf das Aussehen des geschwollenen Gewebes, sondern auch auf das Ausbleiben einer Schrumpfung, nachdem man das Organ vierundzwanzig Stunden lang der Luft ausgesetzt hatte.

Die Constatirung von Mucin erschien nicht von diagnostischer Bedeutung, weil die enge Verbindung zwischen der Schleimhaut und dem submucösen Gewebe leicht, — wenn man Stücke zur Untersuchung fortnahm, — eine offenbare Wucherung dieses Bestandtheils herbeiführen konnte. LEFFERTS.

III. Kritiken und Besprechungen.

Victor Horsley (London). **Ueber die Function der Glandula thyreoidea und deren Beziehung zum Myxoedem und Cretinismus. (On the thyroid gland. Its function and relation to Myxoedema and Cretinism.** *Proced. Royal Soc. No. 235. 1884 and Brown Lectures. Brit. Med Journal. 7. Januar 1885.*

Nachdem Kocher und Reverdin gezeigt hatten, dass auf die Totalexstirpation des Kropfs ein cachectischer Zustand der Patienten folgte, wurden zahlreiche Experimente an Carnivoren (Hunden und Katzen) angestellt, um den Modus und die Ursache der obengenannten Symptome zu erklären.

Kocher glaubte, dass der Zustand, den er Cachexia strumipriva nannte, bedingt sei durch das Eintreten einer chronischen Asphyxie in Folge von secundären Alterationen der Trachea.

Felix Semon stellte die Hypothese auf, dass Kocher's Cachexia strumipriva identisch sei mit dem von Ord als Myxoedem beschriebenen Leiden, und dass Myxoedem, Cachexia strumipriva und Cretinismus nur verschiedene Phasen eines und desselben durch den Ausfall der Function der Schilddrüse bedingten Zustandes darstellten.

Schiff, Wagner und Sanquirico und Canalis entfernten auf experimentellem Wege die Schilddrüse bei Hunden und Katzen und fanden, dass der Tod ausnahmslos in wenigen Tagen eintrat, nachdem heftige Zuckungen aller willkürlichen Muskeln sich gezeigt hatten. Diese Zuckungen wurden bald zu klonischen Krämpfen, welche in echten Tetanus übergingen, in dessen Paroxysmen das Thier starb.

Schiff sah auch Anämie als Folge der Thyreoidectomie bei Hunden, und Wagner fand bei Katzen, die übrigens schneller erlagen, ähnliche Symptome.

Mit Rücksicht darauf, dass zwischen Mensch und Carnivoren vergleichsweise grosse zoologische Differenzen bestehen, unternahm Horsley eine Reihe von Versuchen von Exstirpation der Schilddrüse bei Affen. Die Versuche waren leicht

auszuführen. Es wurde in der Medianlinie auf den Isthmus eingeschnitten, dieser isolirt und dann die Drüse aus der Fettkapsel und dem ihr benachbarten Bindegewebe herausgeschält. Die Thyreoidealgefässe wurden in allen Fällen mit der Pincette gefasst und aus der Drüse herausgezogen. In der Regel bluteten sie nicht, wenn sie so mitten durchrissen, und wenn eine Blutung eintrat, so genügte ein leichter Druck während einiger Minuten, um die Blutung zu stillen, so dass niemals die Anlage einer Ligatur nothwendig wurde. Die Operation wurde unter streng antiseptischen Cautelen ausgeführt, und die Wunde heilte ausnahmslos in drei Tagen per primam.

Mit einer Ausnahme wurden die Nervenstämme bei keiner Operation verletzt und bei der Section zeigte die Prüfung mit blossem Auge jedes Mal, dass die Larynxzweige des Recurrens immer vollkommen normal waren, ein Befund, der auch durch die nachfolgende microscopische Untersuchung bestätigt wurde. Der Sympathicus und Vagus, welche weiter nach hinten liegen und durch ein dickes Fettlager und Gewebe gedeckt sind, waren bei der Operation niemals gefährdet.

Die Symptome, welche auf die Thyreoidectomie folgten, sind sehr auffällig, da sie alles darbieten, was Dr. Ord mit dem Collectivnamen Myxoedema bezeichnet hat, und ganz und gar denen verwandt sind, welche die Characteristica des Cretinismus bilden.

Beim Affen sowohl wie bei den Carnivoren sind die frühesten Symptome fibrilläre Zuckungen der willkürlichen Muskeln, insbesondere der Temporales. Das Eintreten derselben findet jedoch bei höheren Thieren in der Regel später statt. So ist die „Incubationsperiode“ bei den Macacque-Affen ungefähr 5 Tage, dagegen bei einigen Arten der Rhesus-Affen in der Regel 10 bis 15 Tage; bei jungen Macacques jedoch können die Zuckungen schon am folgenden Tage erscheinen. Aus der fibrillären Zuckung wird bald ein Tremor mit einer dem Fussgelenksclonus gleichen Wellenschnelligkeit, d. h. 8 bis 10 Mal per Secunde. In 48 Stunden tritt er paroxysmenweise auf, zeigt dann eine sich wiederholende Periode vermehrter Contractionen, welche den ganzen Körper und die Extremitäten erschüttern. Während der ganzen Zeit besteht Parese mit geringer Rigidität der afficirten Muskeln.

(Zweimal konnte ein Anfall von completer Hemiplegie beobachtet werden. Die Symptome hielten sich 2 bis 3 Stunden und schwanden dann vollständig.) Dieser Tremor, welcher in dem Masse, als er in Paroxysmen auftritt, um so häufiger wird, verliert sich einige Tage vor dem Tode. Mit dem Beginn des Tremor wird der Affe mehr und mehr stupide, schwachsinnig und sowohl in Haltung wie im Aussehen einem Cretin vollkommen ähnlich. Während diese tiefen Veränderungen eine Störung des Centralnervensystems bekunden, zeigen die anderen Gewebe des Körpers diejenige merkwürdige schleimige Degeneration, welche als das Characteristicum der in England als Myxoedema bekannten Krankheit erscheint. Das ganze Bindegewebe, insbesondere das des Gesichts, des Halses und des Abdomen wird ödematös, gallertartig und zeigt nicht nur microscopisch, sondern auch chemisch die schleimige Degeneration. Das Bindegewebe wurde chemisch freundlichst von Dr. Halliburton untersucht. Die Mucinmengen nahmen enorm zu und zwar standen sie in einem exacten Verhältniss zu der

Länge der Zeit, welche das Thier den Verlust der Schilddrüse überlebte. Ein interessantes und sehr unerwartetes Factum, das sich während dieser Zeit herausstellte, war, dass in den Fällen, in denen das Thier lange Zeit die Operation überlebte, die Speicheldrüsen hypertrophisch wurden, und zwar war dies besonders bei der Parotis auffällig, welche ausserdem auch ihre Function änderte, indem sie enorme Quantitäten von Mucin secernirte. Normalerweise sondert nämlich die Parotis beim Affen kein Mucin ab, hier aber schien sie diese Function übernommen zu haben. Die microscopische Untersuchung ergab, dass die secernirenden Zellen mucinogene Substanz in Masse enthielten. Alle Schleimdrüsen des Tract. alimentorius waren in lebhafter Thätigkeit, und es wurden grosse Quantitäten Schleim häufig per anum entleert.

Zu gleicher Zeit zeigte das Blut eine tiefe Alteration. Bald nach der Operation wurde das Thier offenbar anämisch. Eine Zählung der Blutkörperchen ergab, dass während die rothen Blutkörperchen an Zahl beständig abnahmen, die Leucocythen in den ersten 14 Tagen eine absolute Vermehrung zeigten und darauf allmälig sich verringerten, bis schliesslich Oligämie eintrat. Gleichzeitig sammelt sich Mucin im Blut an, und zwar in proportionalem Verhältniss zu der Zeit, die das Thier die Operation überlebte.

Die Temperatur stieg ein Wenig nach der Operation, schwankte dann und ging nach drei Wochen unter die Norm herab. Das Thier starb in comatösem Zustand, nachdem es einige Wochen vor dem Tode grosse Empfindlichkeit gegen Kälte gezeigt hatte.

Da die Affen, bei welchen diese Experimente gemacht wurden, in jeder Beziehung den Patienten glichen, welche an Cretinismus resp. Myxödem leiden, so scheint der Schluss unvermeidlich, dass diese Zustände durch den Functionsverlust der Schilddrüse herbeigeführt werden.

Horsley zeigte auch, dass die destructiven Veränderungen des Blutes, die Oligämie einzig und allein bedingt ist durch die Exstirpation eines blutbildenden Gewebes, welches in der Schilddrüse gelegen ist und, abgesehen von dem ihm eigenthümlichen Drüsengewebe, der Milz in der Structur gleicht. Er schloss aus den vorhergehenden Resultaten, dass die Schilddrüse für den Körper in Rücksicht auf drei Punkte von grosser Bedeutung sei:

1. Die Ernährung des Nervensystems.
2. Die Existenz von Mucin im Körper.
3. Die Zusammensetzung des Blutes.

Die Ansichten von Kocher und Anderen, welche annehmen, dass der cretinoide Zustand nach der Exstirpation der Schilddrüse bedingt sei durch chronische Asphyxie oder Verletzung des Sympathicus, sind also irrig. Die wirkliche Ursache ist der Functionsverlust der Glandula thyreoidea. AUTOREFERAT.

IV. Briefkasten.

Kehlkopffracturen und primärer Epithelialkrebs der Nase.

Cöln, den 2. Juni 1885.

Herr Redacteur!

Bei dem Interesse, welches die Untersuchungen M. Lane's erregt haben, von denen Sie in der letzten Nummer des Internationalen Centralblattes ein Referat gaben,

erlauben Sie mir wohl, Sie auf eine Abhandlung: „Der Kehlkopf in gerichtlich-medic. Beziehung" von Dr. Th. Patenko (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentl. Sanitätswesen von Eulenberg, 1884, 41 Bd., 2 Heft, Berlin, Hirschwald) aufmerksam zu machen, da die Untersuchungen beider Herren sich in wichtigen Punkten begegnen und Patenko's Resultate die Häufigkeit der bei Leichen gefundenen Fracturen theilweise erklären. Sie werden dieses aus Patenko's Schlussfolgerungen entnehmen können, von denen ich die wichtigsten hierhersetze:

a) „Die Verknöcherung der Kehlkopfknorpel unterliegt mit Hinblick auf die Zeit ihres Erscheinens, auf die Oertlichkeit, an welcher sie auftritt und auf den Grad der Ausbreitung sehr nambaften Schwankungen.

d) Die Verknöcherung oder (asbestartige) Degeneration der Knorpel können deren Elasticität (in verschiedenen Altersklassen, übrigens nicht vor dem 30. Jahre) so weit herabsetzen, dass die Möglichkeit zufälliger Verletzungen eher zugegeben, als geleugnet werden kann.

e) Die erwähnten Veränderungen können einen so hohen Grad erreichen, dass die Präparation der letzteren unmöglich erscheint, — sie unter den Fingern brechen; und unter solchen Umständen ist daher auch die Möglichkeit nicht absolut ausgeschlossen, dass bei einer unvorsichtigen Behandlung der Leiche, bei ihrer Uebertragung oder Vorbereitung zur Section Brüche der Kehlkopfknorpel erfolgen können."

In Folge dessen dürften alle von Lane angeführten Fälle, bei denen nicht nachträglich eine Vereinigung fibröser oder knöcherner Art stattgefunden, die Möglichkeit einer anderen, als von diesem Autor unterstellten Entstehungsursache zulassen.

Ferner hat mich in derselben No. 12 des Internationalen Centralblattes ein Referat von Bayer über einen von Delstanche und Marigue veröffentlichten Fall von „primärem Epithelialkrebs der linken Nasenhöhle" sehr interessirt, weil ich zur Zeit einen ähnlichen Fall von primärem „Pflasterzellenkrebs" der rechten Nasenhöhle beobachtet bezw. operirt habe, welcher bis heute (über 4 Jahre) kein Recidiv bekommen, also durch seinen Verlauf als gutartig sich bewährt hat. Das durch die Grösse und Zahl der vom r. Siebbein ausgegangenen, Blumenkohlwucherungen bemerkenswerthe Präparat ist noch in meinem Besitz und kann ich microscopische Schnitte, welche die schönsten Pflasterepithelien zeigen, aus denen ganze Papillen bestehen, in beliebiger Zahl zur Verfügung stellen. Der Knochen ist zum Theil durch die Neubildung zerstört worden. Der Fall ist von mir unter anderem veröffentlicht worden in Virchow's Archiv „die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut", Bd. 93, 1883, S. 234 als No. 15.

Da ich einen der wesentlichen Vorzüge des Internationalen Centralblattes in dem internationalen Gedanken- und Meinungsaustausch erblicke, zu welchem dasselbe Anregung giebt, so bitte ich meine Zuschrift in diesem Sinne aufnehmen zu wollen, und hoffe, dass dieselbe Ihnen genehm komme.

Mit vorzüglicher Hochachtung
stets der Ihrige
HOPMANN.

[Die Zuschrift des Herrn Collegen ist sehr willkommen. Hauptsächlich für Berichtigungen und Erweiterungen aufgestellter Ansichten, Gedanken- und Meinungsaustausch ist der „Briefkasten" bestimmt — eine Institution, von welcher bisher weit weniger Gebrauch gemacht worden ist, als dies bei Gründung des Blattes vorausgesetzt wurde, und deren allgemeine Nützlichkeit durch häufigere Einsendungen von der Natur des obigen Briefes nur gefördert werden kann. — Rein sachlich möchte der Redacteur als Mitglied der Commission, die Mr. Lane's Präparate sehr genau untersuchte, indessen hervorheben, dass auch in denjenigen Fällen, in welchen keine fibröse oder knöcherne Vereinigung der Bruchenden vorlag, letztere sich so abgerundet und abgeschliffen zeigten, dass man den Gedanken an eine erst post mortem erfolgte Fractur mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen konnte. Red.]

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, August. 1885. No. 2.

I. Das Internationale Centralblatt für Laryngologie etc. im ersten Jahre seiner Existenz.

Der Abschluss unseres ersten Jahrganges giebt uns die Gelegenheit, mit einer Art von Rechenschaftsbericht vor unsere Leser zu treten, sie auf die vom dritten Jahrgange an höchst wahrscheinlich erforderlich werdende geringe Erhöhung des Abonnementsbetrages vorzubereiten, ihnen die Bitte um Einsendung von Separatabdrücken von neuem dringlichst zu wiederholen.

Wenn wir mit der erfreulichen Mittheilung beginnen, dass das junge Unternehmen im ersten Jahre seines Bestehens über 300 Abonnenten gezählt hat, so contrastirt diese Thatsache so lebhaft mit der Ankündigung, dass vom nächsten Jahre an wahrscheinlich der Abonnementsbetrag wird erhöht werden müssen, dass — zumal in Erinnerung des Umstandes, dass der ganze Redactionskörper seine Kräfte dem Unternehmen gratis widmet — viele Leser verwunderungsvoll denken mögen: Wie ist dies nur möglich?!

Die Antwort auf diese Frage ist leicht gegeben: die Quantität des Geleisteten hat nahezu das Doppelte desjenigen betragen, was bei Gründung des Blattes als voraussichtlich erforderlich angenommen und den Abonnenten versprochen wurde! Glaubten wir damals, mit einem Durchschnittsumfange von 1—2 Bogen pro Nummer, also von ca. 18 Bogen pro Jahr, das einlaufende Material bewältigen zu können, so hat die alle Schätzung weit übertreffende Fülle desselben es erforderlich gemacht, den Voranschlag bei weitem zu überschreiten: statt 18 Bogen haben wir über 32 gebracht, und selbst hiermit wurde das Material des ersten Jahres (1884) noch nicht erledigt, da die vorige, über 2 Bogen starke Nummer noch ausschliesslich, die gegenwärtige noch zur Hälfte Referaten des Jahres 1884 gewidmet werden musste!

Die Schuld des Missverhältnisses zwischen Voranschlag und wirklich Erforderlichem trifft ausschliesslich den Herausgeber des Centralblattes. Derselbe hatte sich nach achtjährigem Studium der einschlägigen Literatur, soweit ihm dieselbe zugänglich war, die Ansicht gebildet, dass sich die Arbeit des Blattes in zwölf, 1—2 Bogen starken Nummern würde erledigen lassen, und in diesem Sinne mit dem Verleger Rücksprache genommen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass diese

Ansicht eine irrthümliche war, und der Irrthum hat mit Nothwendigkeit zu unerfreulichen pecuniären Ergebnissen geführt.

Jedermann weiss, dass der Preis eines Journals sich grösstentheils nach den voraussichtlichen Herstellungskosten desselben richtet. In unserem Falle bildeten die Kosten für Druck, Papier und Uebersetzungen die hauptsächlichsten Items, und der Abonnementspreis des Blattes war mit Rücksicht auf die voraussichtliche Höhe dieser drei Punkte festgesetzt. In Folge der oben geschilderten Verhältnisse, d. h. der erforderlichen bedeutenden Ueberschreitung unseres Voranschlages, haben sich die Herstellungskosten entsprechend gesteigert, und das Resultat ist ein — glücklicherweise unbedeutendes — finanzielles Deficit gewesen.

Wir theilen diese Verhältnisse unseren Lesern freimüthig mit, weil wir, wie schon im Prospect betont, dieses Allen zu Gute kommende Unternehmen als ein eminent genossenschaftliches betrachten, und weil jedes Mitglied einer Genossenschaft das Recht hat, einen Einblick in ihre Organisation zu nehmen.

Nun wird jeder Billigdenkende zugeben, einmal, dass es nicht möglich ist, bei einem von vornherein nicht auf Gewinn berechneten Unternehmen nahezu das Doppelte für den ursprünglich festgesetzten Preis zu liefern, zum andern, dass es dem Verleger nicht zugemuthet werden kann, dauernd mit directem pecuniärem Verlust zu arbeiten.

Um das Blatt also dauernd lebensfähig zu machen, müssen jedenfalls Modificationen getroffen werden. Solche Modificationen könnten darin bestehen, dass man versuchte, entweder durch Kürzung der einzelnen Referate oder durch Verzichtleistung auf die bisher angestrebte Vollständigkeit, d. h. auf Berichterstattung Alles Geleisteten, jede einzelne Nummer auf den ursprünglich projectirten Umfang zu beschränken.

Jede dieser Modificationen würde nach der Ansicht des Herausgebers das Blatt seiner „Raison d'être“ berauben. Mit dem herzlichsten Danke an seine Mitarbeiter, die ihn in dieser, wie in allen Beziehungen getreulichst unterstützt haben, möchte er hinsichtlich eventueller Kürzung der Berichte betonen, dass das Centralblatt niemals versucht hat, die Lectüre wirklich lesenswerther Orginalartikel durch excessiv lange Referate überflüssig zu machen — das gerade Gegentheil ist sein Bestreben — oder überhaupt sehr lange Referate zu bringen. Aber ein Journal vom Character des Centralblatts muss solche Berichte liefern, dass die Leser des Blattes sich aus der Natur des Referates ein Bild vom Character des Originals entwerfen können! Das ist unser Bestreben gewesen und wird es bleiben! Kürzung nur um der Raumersparniss willen läuft dem Interesse der Leser direct zuwider. — Unvollständigkeit der Referate auf der anderen Seite wäre ein noch schlimmerer Fehler. In dieser Beziehung kann es von dem Centralblatt nur heissen: „Sit ut est, aut non sit“. Es ist ja leider wahr genug, dass ein recht grosser Bruchtheil der literarischen Beiträge auf unserem wie auf anderen Gebieten von sehr zweifelhafter Güte ist, und oft genug kaum verdient, referirt zu werden. (Man denke nur z. B. an die zahllosen Berichte über unfehlbare Diphtheritisheilung!) Aber man hat nicht das Recht, diese Dinge in einem Blatte unserer Art einfach zu ignoriren: soll das Blatt die Zwecke erfüllen, für

welche es gegründet wurde, so muss jeder seiner Leser die Gewissheit haben können, in demselben **Alles** zu finden, was auf laryngologischem Gebiete geleistet ist! Schon jetzt haben einige Leser des Journals in Privatbriefen an den Herausgeber anerkannt, eine wie grosse Ersparniss von Zeit und Mühe ihnen bei ihren Arbeiten hinsichtlich literarischer Suche nach einschlägigen Beiträgen des Jahres 1884 das Centralblatt gewährleistet hat: den vollen Werth eines Journals, das man mit dem Gefühl der Sicherheit consultiren kann, nichts Einschlägiges übergangen zu finden, wird man erst ermessen können, wenn das Blatt mehrere Jahre lang bestanden hat, und wenn das Nachschlagen seines Namens- und Sachregisters dem Suchenden mühevolle Tage und Wochen der Nachforschung nach einschlägigen Mittheilungen ersparen wird!

Auf dem Wege der Kürzung in irgend welcher Form also lässt sich das Blatt nicht lebensfähig machen: der Umfang muss dem Material angepasst werden, nicht umgekehrt! Involvirt diese unerlässliche Anforderung eine geringe Erhöhung des Abonnementspreises — und wir sind beinahe überzeugt, dass dieselbe vom nächsten Jahre ab unerlässlich sein wird — so wird, wenn anders die obigen Ausführungen von unseren Lesern gebilligt werden, jeder derselben sicher gern bereit sein, das Seinige zu thun, um das Blatt auf eine sichere Basis zu stellen. Dass wir nicht schon in diesem Jahre den Preis entsprechend erhöht haben, und dass der Herr Verleger mit rühmenswerther Liberalität sich bereit erklärt hat, auch dieses Jahr hindurch noch den Versuch zu machen, den alten Abonnementspreis aufrecht zu erhalten, ist dadurch begründet, dass wir einerseits hoffen, uns neue Freunde hinzuzugewinnen, zum anderen, dass wir aus den Erfahrungen dieses zweiten Jahres darüber Sicherheit zu erlangen denken, ob das Jahr 1884 mit seinen nahezu 900 Referaten (!), (abgesehen von in Congressen etc. vorgebrachten Arbeiten, grösseren Besprechungen etc.) als ein ausnahmsweises oder als ein Durchschnittsjahr zu betrachten ist, und dass wir demgemäss den Abonnementspreis dauernd zu fixiren wünschen. Definitives über diese Frage werden wir unseren Lesern zum Schlusse des Abonnementsjahres mittheilen.

Die soeben erwähnte enorme Gesammtzahl von Referaten des Jahres 1884 leitet ungezwungen zu einer Bitte um Indemnität wegen der in der Februarnummer dieses Jahres gegebenen Statistik der in unser Fach einschlagenden Arbeiten des Jahres 1884. Es gelangte nämlich nach Publication der Nummer noch eine so bedeutende Anzahl von Referaten aus dem Jahre 1884 in den Besitz des Herausgebers, dass die in der statistischen Aufstellung gegebenen Zahlen einen Anspruch an selbst nur annähernde Genauigkeit nicht machen können. Besonders haben sich die gegenseitigen Verhältnisse der einzelnen Länder verschoben. In Zukunft werden die statistischen Mittheilen zu einer verhältnissmässig viel späteren Zeit gegeben werden.

Endlich erübrigt es noch, einer wichtigen Frage Erwähnung zu thun, hinsichtlich deren die Mitarbeiterschaft jedes einzelnen Lesers des Centralblattes auf's Dringendste erbeten wird!

Unser Hauptstreben geht, wie so oft betont, auf grösstmöglichste Voll-

ständigkeit! Nun haben mehrere Mitarbeiter zu wiederholten Malen dem Herausgeber mitgetheilt, wie schwierig es ihnen sei, Kenntniss von allen in ihrem Referatsbezirk veröffentlichten, einschlägigen Arbeiten zu erhalten, besonders von den in Brochurenform und von den in kleineren, medicinischen Journalen publicirten. Der Herausgeber selbst muss constatiren, dass die Zahl der ihm zugegangenen Separatabdrücke etc. — obwohl an sich beträchtlich genug — zur Anzahl der seit der Gründung des Centralblatts publicirten laryngologischen und rhinologischen Arbeiten ganz ausser Verhäliniss gering ist. Es ist dies eine eigenthümliche und schwer erklärliche Erscheinung: man sollte doch meinen, dass ein Autor, der überhaupt publicirt, den Wunsch haben müsse, seine Ergebnisse einem möglichst grossen Leserkreise zugänglich gemacht zu sehen!

Welches aber auch der Grund der Versäumniss in der Vergangenheit gewesen sein möge — es liegt sicherlich im allgemeinen wie im individuellen Interesse, jede einzige, im laryngo-rhinologischen Fache veröffentlichte Arbeit in Zukunft durch ein Referat in dem Centralblatt repräsentirt zu sehen!

Es ergeht daher die dringende Bitte an alle Leser und Gönner des Centralblatts — nicht nur an unsere Abonnenten — in Zukunft stets von allen ihren einschlägigen Publicationen sobald als möglich nach der Veröffentlichung ein Exemplar an den Herausgeber, und ein Exemplar direct an den Referenten ihres betreffenden Bezirks zu senden*). (Es folgt zum Schlusse dieses Artikels eine Liste der Referenten mit Angabe ihres Referatsbezirks und ihrer genauen Adresse.) Sollte ein Autor sich keine Separatabzüge von einer in einem medicinischen Journal erschienen Arbeit anfertigen lassen, so wird er freundlichst gebeten, Exemplare der betreffenden Journalnummer einzusenden. Besonders gilt diese Bitte in Betreff von Arbeiten, die in kleineren, selbst in den grössten, medicinischen Bibliotheken nicht gehaltenen, Journalen veröffentlicht werden.

Sollte — was bei der enormen Anzahl von einschlägigen Arbeiten und der grossen Zersplitterung der Veröffentlichungen trotz aller Mühe und Sorgfalt wohl möglich ist — die eine oder andere Publication des Jahres 1884 in den bisher erschienenen 14 Nummern des Centralblatts nicht erwähnt worden sein, so wird der Herausgeber jedem Collegen, der ihn unter möglichst genauer Angabe des Titels, Publicationsortes etc. des betreffenden Beitrags auf denselben baldigst aufmerksam macht, sehr dankbar sein.

Liste

der Referenten: und	ihres **Referats-Bezirks:**
1. Dr. L. Bayer, 61 rue Royale, Bruxelles.	Alle in Belgien, Holland, Luxemburg erschienenen Arbeiten.
2. Dr. O. Chiari, 14 Elisabethstrasse. I. Wien.	Alle in Oesterreich-Ungarn erschienenen Arbeiten.

*) Von den in Deutschland erschienenen Arbeiten werde gefälligst je ein Exemplar an Herrn Prof. B. Fränkel und an Herrn Dr. Schech gesandt.

Liste

der Referenten:	und ihres Referats-Bezirks:
3. Prof. Dr. B. Fränkel, 12 Neustädtische Kirchstrasse, NW. Berlin.	Ein Theil der in Deutschland erschienenen Arbeiten.
4. Dr. T. Hering, 6 Jasna, Warschau.	Alle in polnischer Sprache erschienenen Arbeiten.
5. Dr. G. Jonquière. jun., 6 Bundesgasse, Bern.	Alle in der Schweiz erschienenen Arbeiten.
6. Dr. G. Kispert, 41 Arco San Maria, Madrid.	Alle in spanischer Sprache erschienenen Arbeiten.
7. Dr. E. Kurz, Villino Kurz, Via Porte Nuove, Firenze.	Alle in italienischer Sprache erschienenen Arbeiten.
8. Dr. G. M. Lefferts, 6 West 33d Street, New-York.	Alle in den Vereinigten Staaten, Canada etc. erschienenen Arbeiten.
9. Dr. N. Lunin, Kinderhospital des Prinzen v. Oldenburg, St. Petersburg.	Alle in russischer Sprache erschienenen Arbeiten.
10. Dr. E. J. Moure, 2 Cours de Tournon, Bordeaux.	Alle in Frankreich erschienenen Arbeiten.
11. Dr. Ph. Schech, 20 Karlstrasse, München.	Ein Theil der in Deutschland erschienenen Arbeiten.
12. Dr. E. Schmiegelow, 19 Amagertorv, Kjöbenhavn.	Alle in den scandinavischen Reichen publicirten Arbeiten.

Der Herausgeber endlich bittet, ihm von jeder veröffentlichten einschlägigen Arbeit ein Exemplar zu übersenden, um ihm eine volle und frühzeitige Uebersicht über die zu erwartenden Referate zu ermöglichen. Seine Adresse ist:

Dr. Felix Semon, 59 Welbeck Street, Cavendish Square.
W. London.

II. Referate.

a. Allgemeines und Therapeutisches.

1) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Erster Bericht der Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten des „Commune-Hospitals". (Förste Beretning fra communehospitalets clinic for ore-, nase- og hals-sygdomme. Hospitals-Tidende. Marto 1885.)**

Aus diesem Bericht ist Folgendes hervorzuheben:

I. Nasenkrankheiten.

Verf. fasst Excoriationes narium, insofern dieselben nicht auf chronischem Eczem basiren, als eine Krankheit auf, die von einer immer recidivirenden Furunculose der Talgdrüsen herrührt, und stellt sie in ätiologischer Beziehung der Furunculosis meatus auditorii externi zur Seite, d. h. er betrachtet sie als eine locale Infectionskrankheit. Die frühere Behandlung mit Salben etc. hat er als mehr oder weniger nutzlos verlassen, und schlägt eine neue Therapie mit „Sublimattampons" vor. Hydroscopische Tampons werden in Sublimatlösungen (1—1000) getaucht, ganz feucht, ohne ausgedrückt zu werden, in ein Nasenloch eingeführt und dort zwei Stunden lang belassen. Nur eine Nasenhälfte wird zur Zeit derart behandelt. Die Application wird zwei- bis dreimal täglich an jeder Seite gemacht. Nach einer Woche werden die Sublimattampons seltener eingeführt. Diese Behandlungsweise der für den Patienten so lästigen Krankheit hat in der Hand des Verf.'s stets schöne Resultate gegeben.

Bei 24 Patienten (13 Männer, 11 Weiber) mit Rhinitis chronica hyperplastica wurden 8mal (2 Männer, 6 Weiber) Reflexneurosen beobachtet. (Neuralgien der Trigeminusäste 3mal; Niesskrämpfe 3mal; erysipelatöse Infiltration der Nase und der anstossenden Theile der Backen bei 2 Patientinnen.) Heilung nach Destruction der Hyperplasien der Schleimhaut der Concha infima.

Ozaena simplex wurde 14mal (7Männer, 7 Weiber) beobachtet. Dass der Anfang dieser Krankheit nicht immer vor der Pubertätszeit liegt, zeigt der Umstand, dass unter den 14 Patienten die Krankheit 1mal in dem 34. Lebensjahre eines Patienten begonnen hatte, während sie bei einem anderen Patienten erst von dem 28. Jahre datirte. 13mal trat die Ozaena doppelseitig auf, nur 1mal war sie einseitig.

Neoplasmen der Nasenhöhle kamen 17mal (7 Männer, 10 Weiber) vor. 13mal handelte es sich um Schleimpolypen, 4mal um maligne Tumoren (1 immer recidivirendes Papilloma septi; 2 lupöse Polypen; 1 sehr grosses Sarcoma septi). Verf. wird in einem Artikel über maligne Tumoren der Nasenhöhle in der nächsten Zeit diese Fälle eingehender mittheilen.

Syphilis hatte sich bei 6 Patienten (2 Männer, 4 Weiber) in der Nase localisirt; nur tertiäre Formen waren repräsentirt. Die Krankheit war bei 5 Patienten acquirirt, bei einem 22jährigen Mann musste die Krankheit dagegen als hereditär aufgefasst werden. Necrose des Septums wurde 3mal gefunden, und bei einem Patienten wurden zwei von einander getrennte Defecte des Septums beobachtet.

II. Pharynxkrankheiten.

Adenoide Vegetationen repräsentirten 37,9 pCt. aller Krankheiten des Schlundes; sie wurden bei 41 Patienten gefunden (24 Männer, 17 Weiber). In 29 Fällen wurden die Vegatationen entfernt (mit der Löwenberg-Woakes-schen Zange). Bei diesen 41 Patienten hatten die Vegetationen 37mal (in ca. 90,2 pCt.) Ohrenkrankheiten bedingt. Wenn die Vegetationen gründlich entfernt werden, recidiviren sie nicht. Verf. wendet keine Aetzungen nach der Entfernung an. Was das Alter betrifft, wurde Folgendes gefunden:

Alter.	Männer.	Weiber.	Summa.
1— 5 Jahre	3	3	6
6—10 „	3	8	11
11—15 „	10	4	14
16—20 „	3	2	5
21—25 „	4	—	4
26—30 „	1	—	1
Summa . . .	24	17	41

Syphilis wurde 24mal gesehen, und zwar 13 secundäre, 11 tertiäre Fälle. Verf. macht darauf aufmerksam, dass die von congenitaler oder von kurz nach der Geburt acquirirter Syphilis herrührenden tertiären Schlundulcerationen sich durch tardives Auftreten characterisiren, indem sie beinahe immer erst um die Pubertätszeit auftreten. Verf. theilt 4, diese Auffassung illustrirende Fälle ausführlich mit.

III. Larynxkrankheiten.

Laryngitis tuberculosa kam bei 9 Patienten (6 Männer, 3 Weiber) vor. Bei einem 44jährigen Mann wurde neben diffusen Infiltraten im Larynx eine erbsengrosse Granulationsmasse tuberculöser Natur an der vorderen Trachealwand, 1 Ctm. unterhalb der Rima glottidis, beobachtet. Zweimal wurde galvanocaustische Destruction bei begrenzten Ulcerationen und tuberculösen Infiltraten mit entschieden günstigem Resultate angewandt.

Neoplasmen wurden 7mal (3 Männer, 4 Weiber) notirt. Von diesen war eines malign, nämlich ein Carcinoma pharyngo-laryngeum bei einer 48jährigen Frau. Herr Dr. Axel Iversen exstirpirte den Larynx dieser Patientin und excidirte zugleich ein ungefähr 6 Ctm. langes Stück des Oesophagus. Die Operation wurde am 12. Juli 1884 gemacht und die Patientin befindet sich noch heute (April 1885) wohl; kein Recidiv. (Vergl. dieses Centralbl. II. Jahrg. No. 1. Refer. 49.) — Von den 6 anderen Fällen handelte es sich bei 5 um fibröse Polypen, einer war cystischer Natur. Die Cyste sass an der Vorderfläche der Epiglottis, genirte aber den Pat. gar nicht, und wurde nur zufälliger Weise entdeckt. In 3 von diesen Fällen wurden die Tumoren entfernt; zwei Pat. entzogen sich der Behandlung.

IV. Von den Krankheiten des Oesophagus soll nur hervorgehoben werden, dass von 3 mit Strictura oesophagi behafteten Patienten 2 an Carcinom der Speiseröhre litten. Im dritten Fall handelte es sich um ein 24jähriges Mädchen, dessen Strictur congenitaler Natur war und dessen Leiden als ein Beispiel der sehr seltenen „Strictura simplex oesophagi“ aufgefasst werden musste. Eine Oesophagussonde (Charrière's Filière No. 18) passirte nicht, sondern wurde in der Höhe der Cartilago cricoidea aufgehalten. Die Ernährung hatte nicht gelitten. Die Krankheit existirte von frühester Kindheit an. AUTOREFERAT.

2) **Baltus. Revue de Laryngologie.** Lille, 1884. Danel.

Nichts von Belang. — Resumé laryngologischer Artikel. E. J. MOURE.

3) — **The Middlesex Hospital Reports for 1883.** London, 1885. H. K. Lewis.

Dieses von den Registrars des Hospitals verfassten Jahresberichts wird hier speciell wegen der grossen Menge von Fällen bösartiger Geschwülste des Oesophagus, Larynx, der Nase, des äusseren Halses etc., die in ihm kurz berichtet werden, Erwähnung gethan. Für Autoren, die Erschöpfendes über die Literatur bösartiger Geschwülste der Halsorgane bringen wollen, empfiehlt es sich überhaupt, die Jahresberichte des Middlesex Hospital zu studiren, welches einen speciellen „Krebs-Saal" enthält. SEMON.

4) **G. Boucher** (Neapel). **Bericht der Abtheilung für Nasen- und Halskrankheiten im bürgerlichen Spital Torre Annunziata. (Rendiconto della sezione per le malattie di naso e gola nello spedale civico di Torre Annunziata.)** *Archivii italiani di laringologia. Fasc. 4. 1885.*

Enthält nichts von Belang. KURZ.

5) **J. A. White. Eröffnungsrede der Section für Ophthalmologie, Otologie und Laryngologie. (The address in ophthalmology, otology and laryngology.)** *American Med. Assn. 36. Jahresmeeting. Philad. Med. News. 9. Mai 1885.*

Der Artikel enthält hauptsächlich eine Betrachtung über Reflexneurosen der Nase, wie Reflexhusten, Kopfschmerz, Heufieber etc. mit voller Berücksichtigung des gegenwärtigen Standes der Frage. Der Autor theilt Thatsachen mit, welche in vielen Fällen einigermassen in Widerspruch mit der Annahme stehen, dass eine Schwellung der Nasenwege wesentlich sei für die Entstehung von Reflexerscheinungen. LEFFERTS.

6) **W. B. Dalby** (London). **Vorlesung über Affectionen des Halses und der Nasenwege, welche mit Mittelohrerkrankungen vergesellschaftet sind. (Lecture on affections of the throat and nasal passages associated with disease of the middle ear.)** *Lancet. 10. Januar 1885.*

D. betont die Häufigkeit von Affectionen der Nase und des Halses nach den Infectionskrankheiten des Kindesalters und deren Einfluss auf Zustandekommen von Mittelohrleiden. Er geht dann specieller auf die granuläre Pharyngitis, adenoide Vegetationen, Tonsillarhypertrophie, chronischen Nasenrachencatarrh, Ozaena und Deviationen des Septums ein, ohne indessen etwas Neues hinsichtlich dieser Leiden und ihrer Behandlung zu bringen. SEMON.

7) **P. M'Bride** (Edinburgh). **Einige locale Ursachen fötiden Athems. (Some local causes of foetid breath.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1885.*

Der Autor bespricht hauptsächlich drei locale Ursachen fötiden Athems: 1) chronische folliculäre Tonsillitis, 2) Ozaena, 3) Catarrh der Zunge.

Hinsichtlich der erstgenannten Affection legt er den übelriechenden Athem der Zersetzung des eingedickten Secrets der Follikel zur Last. Unter Ozaena versteht er nach Ausschluss aller organischen Veränderungen, welche foetide Secretion aus der Nase zur Folge haben können (Syphilis, Scrophulose, Fremdkörper, Nasensteine, Rotz, bösartige Geschwülste, Caries etc. etc.), den atrophischen Catarrh

der Nase, welcher seiner Ansicht nach gewöhnlich eine Secundärerscheinung nach hypertrophischem Catarrh darstellt. Er schliesst sich in dieser Beziehung völlig den Ausführungen Zuckerkandl's (Norm. u. path. Anatomie der Nasenhöhle, S. 87) an. — Sodann lässt er die verschiedenen Ansichten über die Ursache des Fötors (Michel's, Bosworth's, Krause's, E. Fränkel's, Zaufal's) Revue passiren, und hält es mit B. Fränkel für am wahrscheinlichsten, dass ein gewisses specifisches Ferment dem Secret seinen Geruch verleihe. Von den verschiedenen Behandlungsmethoden zieht er selbst die Injection eines alkalisch-antiseptischen Spray's, sofort gefolgt von einer Sprayinjection einer Jodlösung (durchschnittlich 5 Tropfen der Tinctur auf 30,0 Wasser) vor.

Den Zungenbelag hält M'B. in vielen Fällen für eine Folge directer, entweder isolirter, oder mit Dyspepsie einhergehender catarrhalischer Erkrankung der Zunge; in anderen Fällen, in welchen derselbe beim Magencatarrh vorhanden, ist, betrachtet er ihn als eine Trophoneurose. Ist der Belag durch excessive Production von Epithel bedingt, so räth M'B., der constitutionellen Behandlung topische Applicationen einer Lösung von Argentum nitricum in Salpeteräther hinzuzufügen. Michel empfehle für derartige Fälle concentrirte Essigsäure.

Die Discussion in der Edinburgher Med.-Chir. Society (vergl. die Decembernummer 1884 desselben Journals) über den interessanten Vortrag förderte nichts Besonderes zu Tage. SEMON.

8) **Boucheron** (Paris). **Ueber das Vorkommen der Harnsäure im Speichel und im Nasen-, Rachen-, Bronchial- und Uterovaginalschleim. (De l'acide urique dans la salive et dans le mucus nasal, pharyngé, bronchique, utéro-vaginal.)** *Acad. de sciences. 18. Mai 1885. La Semaine méd. No. 21. 20. Mai 1885.*

Die Speicheldrüsen, sowie die Schleimdrüsen obiger Schleimhäute können bei abnormen Gehalte des Blutes an Harnsäure diese ausscheiden, ebenso wie sie andere überschüssige Abfallsproducte der Verbrennung oder Medicamente, z. B. Jodkali, Quecksilber, Blei etc. aus dem Organismus schaffen. — Die durch den Harn ausgeschiedene Harnsäuremenge ist demnach nur ein Bruchtheil der im Organismus gebildeten Harnsäure. — Gewisse Catarrhe der Nase, des Rachens, der Bronchien und der Utero-vaginalschleimhaut lassen sich vielleicht auf diese krankhafte Excretion ihrer Drüsen zurückführen. — Der übermässige Gehalt des Speichels an Harnsäure kann als Symptom eines harnsäurehaltigen Blutes dienen und bisweilen über die Natur krankhafter Vorgänge Aufschluss geben.

E. J. MOURE.

9) **G. Bremond. Ueber die Anwendung des Galvanocauters bei gewissen Affectionen der Nase, des Pharynx, des Larynx und des Ohres. (De l'emploi du galvanocautère dans certaines affections du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles.)** Marseille, 1884. Cayer & Cie.

Die Arbeit enthält nichts Neues. E. J. MOURE.

10) **M. J. Rossbach** (Jena). **Cocain als örtliches Anaestheticum.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1884. No. 50. S. 802.*

Prioritätsreclamation für von Anrep, der 1879 die örtlich anästhesirende Wirkung des Cocain als der Erste erwähnt habe. B. FRAENKEL.

11) **Schnitzler** (Wien). **Ueber Anwendung und Wirkung des Cocains bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.** *Wiener med. Presse. 1885. No. 4, 6, 8, 10, 11.*

S. wendete das Mittel in circa 100 Fällen an und zwar theils als Lösung 2—5 pCt. und als Pulver, in demselben Procentverhältniss mit Zucker gemischt. Der Lösung wird zur Verlängerung der Wirkung zweckmässig auf 10 Grm. Flüssigkeit 0,2 Morphii muriat. und einige Gramm Glycerin beigesetzt, dem Pulver entweder auch Morphin oder Plumb. acet. oder Bismuthum subnitricum. Endlich gebraucht S. häufig Inhalationen von Cocain 0,5, Aq. dest. 250,00.

Der Erfolg der Anwendung dieser Mittel war folgender: bei acuter Rachenentzündung beseitigte 2—5 proc. Lösung den Schmerz manchmal nicht.

Einmal wurde eine Uvula schmerzlos entfernt nach Bepinselung mit 5 proc. Lösung.

Nach der Tonsillotomie macht das Cocain das Schlingen schmerzlos.

Bei Hyperästhesie des Rachens wurde mehrmals Nachlassen oder Beseitigung der Neurose erzielt.

In drei Fällen von Operationen im Kehlkopfe trat Anästhesie ein nach Application einer 5 proc. Lösung.

Bei Kehlkopftuberculose verschaffte Bepinselung mit Cocain-Morphin-Lösung oder Einblasung des entsprechenden Pulvers oder die obige Inhalation Verminderung des Hustens, der Schmerzen und Schlingbeschwerden.

Bei acuten und subacuten Catarrhen des Kehlkopfes wurde das Kitzeln und der Husten sowie oft auch die Heiserkeit beseitigt; letztere jedoch erst einige Stunden nach der Behandlung.

Bei acuter und chronischer Rhinitis mit oder ohne Neuralgie, Asthma, Niesskrämpfen wirkte das Cocain meist sehr prompt, machmal aber gar nicht. Die schmerzstillende Kraft des Cocains blieb manchmal aus, besonders bei Cauterisation der Nasenschleimhaut und bei Exstirpation von Polypen.

Wegen des hohen Preises des Cocains versuchte S. auch 5 proc. wässerige Coffeinlösung; dieselbe wirkte auch anästhesirend auf die Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, aber viel weniger als das Cocain.

Endlich verwendete S. auch das Extractum alcoholicum foliarum Coca recentium, von dem 1 Grm. 10 Kreuzer kostet. Dasselbe wirkt auch anästhesirend, aber schwächer wie das Cocain und kann auch mit Wasser vermischt (5 : 100) als Gurgelwasser und Inhalation zweckmässig verwendet werden. CHIARI.

12) **Massucci** (Neapel). **Beitrag zur Cocainwirkung. (Contribuzione all' uso della cocaine come anestetico ed analgesico.)** *Archivii italiani di laringologia. Fasc. 4. 1885.*

Uebersicht über eine grosse Anzahl der in der letzten Zeit erschienenen Cocainaufsätze. Die eigenen Resultate waren sehr unbefriedigend (wie die von Massei). Auch mit 20 proc. Lösung hat er bei Gesunden, die zu den Experimenten benutzt wurden, vollständig negativen oder sehr mangelhaften Erfolg erreicht etc. Auch eine Idiosyncrasia anticocainica hat er beobachtet. — Die ab-

sprechenden Urtheile der beiden neapolitanischen Laryngologen sind auffallend genug*). KURZ.

13) **Schiffers** (Lüttich). **Beiträge zum Studium der anästhesirenden und schmerzstillenden Eigenschaften des salzsauren Cocains bei localer Anwendung auf die Pharynx- und Larynxschleimhaut. (Contribution à l'étude des propriétés anésthésiques et analgésiques du chlorhydrate de cocain en application sur les muqueuses pharyngienne et laryngienne.)** *Annales de la Société Médico-Chirurgie de Liége. Mars. 1885.*

Sch. hat seine Experimente an Medicinern vorgenommen und theilt seine diesbezüglichen Resultate mit, welche mit den allseitig veröffentlichten und bekannten übereinstimmen. BAYER.

14) **Louis Jurist. Substitution von Cocapräparaten für Cocain. (On the substitution of the preparations of coca for cocaine.)** *N.-Y. Med. Journ. 28. Febr. 1884.*

J. wandte das Coca in Form von Infusen, Fluidextract und Pastillen an. Die Präparate wurden bei subacuten und chronischen Entzündungen der Nase, des Pharynx und Larynx in ausgedehntem Maasse versucht. Da das alkoholische Fluidextract die Nase sehr reizte, wurde an dessen Stelle ein concentrirtes Infus (1 Cctm. entspricht 0,06 Foliis) gebraucht, aber auch dieses rief etwas Brennen hervor. Bei acuter Coryza wurde in einigen Fällen die locale Application durch die innere Verabreichung von Fluidextract augenscheinlich mit gutem Erfolge unterstützt.

In Form von Gelatinpastillen wurde Coca sowohl in Combination mit Aconit und Belladonna, als auch allein angewandt. Allein erwies es sich von grossem Nutzen in allen Arten von Angina und wurde von Patienten, welche an Dysphagie litten, reichlich und mit gutem Erfolge während der Zwischenzeit der Visiten angewandt. Die Combination mit Belladonna und Aconit zeigte sich sehr nützlich bei acuten Entzündungen.

Bei chronischer Pharyngitis und Laryngitis schien es keine dauernde Wirkung zu erzielen, obwohl viele Patienten erklärten, dass sie sich besser fühlten. Die Erleichterung bestand hauptsächlich in einer Besserung der lästigen und unangenehmen Empfindung im Halse. LEFFERTS.

15) **S. Meyerson** (Warschau). **Larynxpolyp operirt unter Anwendung von Cocain. (Polip krtaniowy operowany po uprzedniem znieczuleniu kokaina.)** *Medycyna. No. 49. u. Wiener med. Presse. No. 52. 1884.*

Unter Anwendung einer 16proc. Cocainlösung wurde ein am rechten Stimmbande inserirter Polyp mit der Schlinge schmerzlos entfernt. HERING.

---

*) Die natürlichste Erklärung dürfte die sein, dass den betr. Herren eine Drogue von schlechter Qualität für ihre Versuche verabfolgt wurde. Der Redaction sind von verschiedenen Seiten und aus verschiedenen Ländern Klagen über Verschlechterung der Qualität des Cocains zugegangen. Red.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Köhler. Die moderne Rhinologie. (Poglad na obecny stan nauki o chorobach nosa.)** *Przegl. lekarski. No. 1, 2, 3. 1885.*

K. bespricht in einem Vortrag (gehalten in der Posener med. Gesellsch.) den heutigen Stand der Pathologie und Therapie der Nasenerkrankungen. — In kurzen Zügen werden die acute Rhinitis, das Heufieber, der chronische Nasencatarrh mit seinen Ausgängen (der hypertrophischen und atrophischen Form) definirt und besprochen. Etwas ausführlicher wird der Mechanismus der Schwellkörper der Muscheln und die Hack'sche Theorie erörtert, und die Therapie der Reflexneurosen im Sinne Hack's anempfohlen. Die neueren Angaben verschiedener Autoren, nach welchen nicht nur Schwellungen der Nasenmuscheln, sondern auch diffuse chronische Rhinitis Reflexneurosen (Asthma) auszulösen vermag, sind an dieser Stelle nicht berücksichtigt worden. Es folgt eine kurze Besprechung der Ozaena, ihrer Natur und Therapie. Perforationen des Septums werden von K. als constant luetischer Natur aufgefasst und die irrthümliche Ansicht ausgesprochen, dass dieser Zustand nur auf Lues zurückzuführen sei und zwar Angesichts der Seltenheit tuberculöser oder auf Lupus beruhender Erkrankung. Traumatische Perforation oder durch symmetrische Blutcysten entstandene Defecte werden von K. nicht erwähnt, sind aber doch von Casabianca, Mackenzie, Ref. u. A. constatirt worden.

Das Auftreten von Condylomen auf der Nasenschleimhaut wird fälschlich bezweifelt.

Bei Besprechung der sogen. Stoerk'schen Blennorrhoe bestreitet K. auf Grund eigener Erfahrung, dass von dieser bisher nicht aufgeklärten Affection die Bevölkerung in Polen, Galizien und Bessarabien ausschliesslich befallen wird. (Sehr richtig. Ref.)

Es folgt eine kurze Angabe über die Ursachen und den Sitz der Nasenblutungen (Septum), die mit dem Galvanocauter behandelt werden sollen, ferner eine gedrängte Schilderung über Nasenpolypenoperation. Die kalte und galvanocaustische Schlinge werden empfohlen, der Gebrauch der Zange verdammt.

An dieser Stelle befindet sich eine Angabe über Anwendung von Chromsäureätzungen bei Nasenpolypen (Hering), die in zwei Puncten rectificirt werden muss.

Hering empfiehlt diese Aetzungen fast ausschliesslich zur Zerstörung von kleinen Polypenresten, operirt die grösseren mit der kalten resp. galvanocaustischen Schlinge. — Die Aetzungen sind nicht wie K. angiebt, schwierig und schmerzhaft, im Gegentheil sehr leicht auszuführen und im Vergleich mit dem Galvanocauter fast ganz schmerzlos. (Dieses Urtheil scheint sich K. a priori und nicht auf Grund eigener Erfahrung gebildet zu haben.)

Eine kurze Beschreibung des asymmetrischen Nasenseptums, seiner Behandlung (Jurasz) und Erwähnung einer interessanten Beobachtung von Jurasz über seröse Perichondritis, ferner über Lupus und Fremdkörper der Nase, schliesst diese für den Nichtspecialisten recht nützliche Arbeit. HERING.

17) **Paul Heymann. Die Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraums.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 19. 1884.*

Sehr gut geschriebene, übersichtliche und mit zahlreichen Holzschnitten ausgestattete Arbeit. Die Palpation mit dem Finger übt Verf. gleichfalls, doch erst nach der Inspection; sie dient dazu, das Gesehene zu ergänzen oder zu modificiren. Gaumenhaken und ähnliche Instrumente wendet Verf. nur im Nothfalle an. Der Zaufal'schen Methode lässt er die gebührende Berücksichtigung zu Theil werden.

SCHECH.

18) **W. Hack** (Freiburg). **Riechen und Geruchsorgan.** Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1885.

Populäre, aber doch höchst wissenschaftlich gehaltene Darstellung über den Geruchssinn mit zahlreichen, interessanten, auf die Pathologie bezüglichen Bemerkungen; so betont Verf. besonders die Wichtigkeit des Pigmentes in der Riechschleimhaut, sowie den schädlichen Einfluss allzureichlicher Befeuchtung der Nasenschleimhaut; die Frage, ob der Mensch eine Vervollkommnung seines Geruchsorganes erstreben könne, glaubt Verf. verneinen zu müssen.

SCHECH.

19) **Ino N. Mackenzie** (Baltimore). **Historische Bemerkungen über die Entdeckung des erectilen Nasengewebes. (Historical notes on the discovery of the nasal erectile tissue.)** *Boston Med. Surg. Journal. 1. Januar 1885.*

In einem interessanten und belehrenden Artikel bespricht M. die Ansprüche Kohlrausch's auf die Entdeckung des erectilen Nasengewebes und schreibt dieselbe Cruveilhier (1845) zu, welcher zuerst dessen wahre Natur bekannt machte.

LEFFERTS.

20) **Aschenbrandt** (Würzburg). **Ueber den Einfluss der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 3. 1885.*

Verf. bespricht zuerst die älteren Anschauungen über die Absonderungsvorgänge der Schleimhaut, dann seine Operationsmethode; dem Kaninchen wird durch einen Schnitt längs des Nasenrückens ein oder beide Nasenbeine mit dem Meissel entfernt, eventuell noch ein Stück des Oberkieferknochens und der unteren Muschel. Die Wunde heilt nach ca. 14 Tagen und nun beginnt die Beobachtung, nachdem die Haut und der knorpelige Theil der Nase mittelst Galvanocauter durchtrennt wurden. Die Secretion der Nasenschleimhaut ist eine fortwährende, sehr reichliche; wurde die Schleimhaut mit Fliesspapier betupft, so steigerte sich die Secretion, auch liess sich mit der Loupe eine „Vergrösserung" der Gefässe nachweisen. Verf. fand das catarrhalische Nasensecret des Menschen und des Kaninchens und der Katze nach Reizung der Schleimhaut mit Sublimat von einem spec. Gewicht von 1001—1002, Spuren von Eiweiss, keinen Zucker, reichlichen Kochsalzgehalt, geringe Mengen von Schleimstoff, keine Spur von Sublimat.

Das Ganglion cervic. sup. des Sympathicus ist nach Verf.'s Versuchen weder von vasodilatatorischer noch von trophischer Bedeutung für die Nasenschleimhaut; durch electrische Reizung des Ganglion sphenopalatinum aber wird das cavernöse Geflecht der unteren Muschel voluminöser, das Septum zeigt ausgesprochene Gefässerweiterungen; die hyperämische Schleimhaut producirt ein anfangs schleimiges, später schleimig-eiteriges Secret, wobei die alkalische Reac-

tion allmälig schwächer wird; die Gefässe erscheinen geschlängelt und verdickt, die Schleimhaut sammtartig aufgelockert. Bei der Nasenschleimhaut ist der Nerv. trigeminus resp. der Ramus sphenopalatinus derjenige Nerv, welcher die Schleimabsonderung auslöst und kann dies nach des Verf.'s Ansicht nur durch die feinsten Endästchen desselben geschehen, die direct in den Schleimdrüsen enden; wird der Trigeminus resecirt, so degenerirt die Schleimhaut, die Secretion der serösen Drüsen wird verringert; die serösen Drüsen der Nasenschleimhaut stehen unter einem analogen Nerveneinfluss wie die Speicheldrüsen; bei Fleischfressern ist die Secretion eine reichlichere, als bei Pflanzenfressern, auch wird die Menge des abgesonderten Schleims in der Nase durch die grössere oder geringere Menge des die Schleimhaut durchströmenden Blutes beeinflusst. SCHECH.

21) **A. Schwanebach** (Petersburg). **Ein Beitrag zur Casuistik der Nasenkrankheiten.** *Petersburger med. Wochenschrift. No. 46. 1884.*

Ein kräftig gebauter, blühend aussehender, 24jähriger Mann leidet seit einem Jahre an einem quälenden Husten, gegen den er alle nur erdenklichen Narcotica, jedoch erfolglos, gebraucht hatte. Seit etwa 2 Wochen haben sich starke asthmatische Anfälle hinzugesellt und während starker Hustenanfälle will Pat. ziemlich beträchtliche Blutmengen ausgehustet haben. Die Untersuchung ergab einen leichten Bronchialcatarrh, eine Laryngitis catarrh. chron. und eine Pharyngitis granulosa. Die beiden unteren Nasenmuscheln waren vergrössert, geröthet, fühlten sich mit der Sonde prall elastisch an und waren an mehreren Stellen mit blassen warzigen Excrescenzen, von der Grösse eines Hirsekorns, besetzt. Bei der Untersuchung mit der Sonde bekam Pat. jedesmal einen Hustenanfall. Verf. hielt den Husten und die asthmatischen Anfälle für auf reflectorischem Wege zu Stande gekommen und machte sich an die locale Behandlung. Die hintere Rachenwand und die Nasengänge wurden 2mal wöchentlich mit Jodglycerin ausgepinselt und dem Pat. ein Gurgelwasser aus Natr. bicarb. und Natr. biboric. verordnet. Nach einer Woche hörte die Blutung auf (als Ort derselben hatte sich die hypertrophische Schleimhaut der mittleren Muschel herausgestellt). Die Excrescenzen und die Hypertrophie schwanden nach 6 Wochen und die Hustenanfälle nach 7—8 Wochen. Ob und wann die asthmatischen Anfälle schwanden, ist nicht gesagt.

S. glaubt mit diesem Falle zeigen zu können, dass man nicht immer zur Galvanocaustik zu greifen braucht, sondern auch mit milderem Verfahren zum Ziele kommt.

(Verf. wäre mit der Galvanocaustik sicher bedeutend schneller zum Ziele gelangt. Ref.) LUNIN.

22) **Bouty. Beitrag zum Studium der Epistaxis. (Contribution à l'étude de l'épistaxis.)** *Thèse. Montpellier. 1884.* Christin, Serre et Ricome.

B. bearbeitet in ziemlich oberflächlicher Weise das Capitel Nasenbluten. — Die neueren Beobachtungen z. B. über das habituelle Nasenbluten von Michel, Voltolini, Kiesselbach, Calmettes und Chiari etc. finden gar keine Erwähnung. E. J. MOURE.

23) **T. F. Rumbold** (St. Louis). **Geheimmittel gegen Nasencatarrh. (Patent remedies for nasal catarrh.)** *Weekly Med. Review. St. Louis. 10. Januar 1885.*

Verf. hat alle „unfehlbaren Heilmittel" für Catarrh, Asthma und Heufieber gesammelt, welche im Handel sind, und dieselben genau untersucht. Ihre Zahl beträgt 58. Das Resultat ist interessant und lässt sich folgendermassen summarisch angeben. Wenn „das Patentmittel" eine Flüssigkeit oder ein in Wasser zu lösendes und als Waschmittel zu gebrauchendes Pulver ist, so bilden Cubeben, Campher oder andere kühlende Mittel einen Bestandtheil der Composition. Ist „das Patentmittel" eine Flüssigkeit, welche in Dampfform angewendet werden soll, so enthält es Jodtinctur, Carbolsäure, Chloroform etc. Salben enthalten Cubeben. Schnupfpulver: Carbolsäure, Campher, Kali chloric., Soda etc. Andere beliebte Mittel sind Cigaretten, die als Hauptbestandtheil Cubeben enthalten und innerlich salmiakhaltige Mittel. Ein sehr bekanntes Mittel ist ferner eine schwache Quassiasolution. Den Schluss der Liste bilden Inhalationsapparate, welche Chlorammonium in statu nascenti entwickeln und dergl.

Verf. hat in seiner Praxis Alle, die ihn consultirten, genau examinirt und fand, dass 15 pCt. niemals ein Mittel gegen ihren Catarrh gebraucht hatten, 20 pCt. waren in ärztlicher Behandlung gewesen und die restirenden 65 pCt. hatten „Geheimmittel" gegen ihren Catarrh angewandt. LEFFERTS.

24) **Spence Ridman. Hypertrophischer Nasencatarrh. (Hypertrophic nasal catarrh.)** *Kansas City. Med. Index. April, 1885.*

Der Artikel enthält nichts Neues. LEFFERTS.

25) **D. H. Agnew. Bemerkung über den Gebrauch von Salvia officinalis bei catarrhalischer Rhinitis. (Note on the use of Salvia officinalis in catarrhal rhinitis.)** *Therapeutic Gazette, Detroit. S. 3. L. p. 17. 1885.*

Fall eines seit 4 Monaten an dieser Krankheit leidenden Patienten. Durch die Anwendung von Douchen mit Salbeithee trat Heilung ein. LEFFERTS.

26) **Harrison Allen** (Philadelphia). **Eine neue Varietät des chronischen Nasencatarrhs. (On a new variety of chronic nasal catarrh.)** *Philadelphia Med. News. 7. Febr. 1885.*

Der Autor beschreibt mit einer gewissen Breite eine Form des Nasencatarrhs, welche, wie er meint, leicht von jeder anderen unterschieden werden kann. Die diagnostischen Merkmale sind folgende: Eine excessive Reizbarkeit der Nasenschleimhaut und Neigung zu leichten Blutungen aus geringfügigen Ursachen; das Fehlen des erectilen Gewebes oder, wenn vorhanden, der rudimentäre Character desselben; endlich ein nahezu straffes Septum. (Daher kommt es nicht zur Obstruction der Nase.)

Die Prognose in Bezug auf Heilung ist ungünstig. In siebzehn Fällen brachte die Behandlung sichtliche Erleichterung, während in drei anderen eine sorgfältige und systematische Behandlung keinen Nutzen erzielte. In diesen drei Fällen konnte der Misserfolg ohne Zwang auf hereditäre Anlagen tuberculöser Natur zurückgeführt werden. LEFFERTS.

27) **W. C. Jarvis. Aetiologie und Therapie des Nasencatarrhs mit besonderer Rücksicht auf die Deviation des Septum. (The Etiologie and treatment of nasal catarrh with special reference to the deviated septum.)** *N.-Y. Medical Record. 14. März 1885.*

In einer ausführlichen, mit Abbildungen von Instrumenten und krankhaften Zuständen illustrirten Arbeit erörtert der Verf. die Rolle, welche die Verkrümmung des Septum in der Aetiologie des Nasencatarrhs spielt. Er legt besonderen Werth auf den Druckreiz, welchen das Septum gegen das Gewebe der Nasenmuscheln ausübt. Hierauf und auf die dadurch bedingte, mangelhafte Drainage der Nase führt er die Entwicklung der chronischen Rhinitis zurück. Zum Schluss bringt er neue Instrumente und Heilmethoden zur Behandlung des verkrümmten Septum.

Die Rolle, welche der Druckreiz in der Aetiologie der hypertrophischen Rhinitis spielt, ist in den Archives of Laryngology, Vol. III. p. 300 beschrieben worden.

Was nun das zweite ätiologische Moment, die mangelhafte Drainage betrifft, so hemmt die durch Krümmung des Septum bewirkte Verengerung den Abfluss des Nasensecrets in den Hals. Hierdurch tritt eine Verdunstung und secundär eine Eindickung des Nasensecrets ein, in deren Gefolge die wohlbekannte Symptomenreihe sich zeigt, wie Verstopfung der Nase, Herabtröpfeln des Schleims in den Pharynx und Larynx etc.

Was den Character der Deviation anlangt, so kann sie eine knöcherne, knorpelige, knochenknorpelige oder hypertrophische sein. Ihrer Form nach können diese Varietäten entweder local auftreten, d. h. sich auf kleinere Partien des Septum beschränken, oder generell sich auf dessen ganze Ausdehnung erstrecken, oder eine grosse Fläche des Septum einnehmen.

Eine Verkrümmung des knöchernen Septum kommt selten allein vor, sie ist fast immer mit den knorpeligen als knochenknorpelige verbunden. Eine lange bestehende Deviation des Septum ruft immer hypertrophische Veränderungen an den am meisten hervorstehenden Punkten hervor. Diese Veränderungen sind durch den Druck gegen die gegenüberliegende Seite, d. h. gegen die Nasenmuscheln bedingt. Bei weitem am häufigsten kommt die Verkrümmung des knorpeligen Septum vor.

Die Deviation des Septum kann von bestimmten, wohlbekannten Ursachen herrühren; unter diesen ist besonders zu erwähnen: Heredität, Trauma und erworbene Deviation.

Diese Ursachen werden vom Autor ausführlich besprochen.

Was die Therapie der Deviation betrifft, so spricht sich Jarvis dahin aus: „Eine auf viele Hunderte von Operationen begründete Erfahrung hat mich zu der Ueberzeugung gebracht, dass es keine einzige Methode giebt, welche überall zu empfehlen und überall mit Erfolg zur Beseitigung dieses Defectes anzuwenden ist.

Wenn auch mannigfache Instrumente beschrieben und abgebildet worden sind, so ist dies doch nicht dahin zu verstehen, als ob irgend eine Methode nicht genügt, und man auf's Gerathewohl zu einer anderen gegriffen hätte, sondern man wollte gegen gewisse mögliche Vorkommnisse gerüstet sein. Der Bau und die Gestalt des Septum bestätigen diese Behauptung. Wir können auf Knochen,

Knorpel oder Schleimhaut stossen. Der Knochen kann unser Messer stumpf machen oder es zerbrechen; die Rongeur-Zange kann die Schleimhaut blosslegen oder unnöthig verstümmeln und unglücklicherweise auch den verkrümmten Knorpel durchbohren.

Zur Behandlung der Deviation des knorpeligen und weichen Septum habe ich seit vielen Jahren nur meinen Ecraseur mit perforirenden und fixirenden Nadeln angewandt. An Stelle der ursprünglich von mir zur Beseitigung der Hypertrophien der Nasenmuscheln empfohlenen und eingeführten Claviersaite No. 5 benutze ich jetzt No. 0 und 00. Zur besonderen Empfehlung der feinen Drähte, welche wie Messer schneiden, behufs Operation durch Ecrasement möchte ich bemerken, dass dadurch Hämorrhagien ausgeschlossen sind. Zu diesem Zwecke kann der Ecraseur ausnahmslos nur in Verbindung mit meinen fixirenden Nadeln angewandt werden. Die Beseitigung der Deviation des knorpeligen und weichen Septum durch das Ecrasement hat mir vorzügliche Resultate geliefert, und wenn der Operateur genügende Zeit zur Verfügung hat, so ist diese Methode vorzuziehen.

Oft ist es wünschenswerth, Zeit zu sparen, und zu diesem Zwecke habe ich Instrumente erfunden, welche zu meiner Zufriedenheit in dieser Richtung wirkten. Es sind wesentlich schneidende Instrumente, bestehend aus einer gefensterten Knorpelzange und Putzscheere. Die Branchen stehen fast im rechten Winkel, damit der Operateur das Operationsfeld deutlich übersehen kann.

Die bisher besprochenen Instrumente sind nur anwendbar beim Knorpel, oder der hypertrophischen Schleimhaut; Knochen würde die scharfen Ränder abstumpfen oder abbrechen.

Haben wir es daher mit einer knochenknorpeligen Deviation zu thun, so wenden wir ein anderes kleines Instrument, im Wesentlichen eine Rongeur-Zange, zu unserer vollen Zufriedenheit an. Ihre beiden Branchen sind ausgehöhlt, so dass sie wie die Zähne eines Nagethiers schneiden. Das Instrument hat die richtige Nasenkrümmung.

Diese Knochenzange hat den grossen Vorzug, dass sie dem Operateur eine Controlle gewährt. Jede knöcherne Hervorragung kann deutlich über dem Rande des oberen Blattes unterschieden und sorgfältig durch die scharfrandige, schneidende Fläche entfernt werden. Ebenso können durch eine Art Nageprocess grosse Knochenstücke schnell und sicher entfernt werden.

Alle bisher erwähnten Methoden erfüllen ihren Zweck, indem sie das hypertrophische oder verkrümmte Gewebe, oder die der Deviation gegenüberliegenden Muscheln beseitigen.

Obwohl in der Mehrheit der Fälle alles dies ohne eine Perforation des Septum narium, oder eine Schwächung der Nasenstützen erreicht werden kann, so ist es doch begreiflich, dass in einer gewissen Reihe von Fällen, welche eine hochgradige Verkrümmung darbieten, dies eben erwähnte, unerwünschte Ereigniss eintreten kann. Ich habe es mir deshalb zur Regel gemacht, in solchen Fällen zu einer anderen Methode zu greifen. Sie besteht in der Anwendung von Steele's sternförmiger Locheisenzange in Verbindung mit einer besonderen Nasenklammer oder -Schiene. So wird das Septum nach genügender Restitution seiner Form

durch die Locheisenzange einfach in seiner Stellung durch einen leichten Druck mittelst der Klemme auf die Oberfläche der Nasenflügel erhalten. Kein Fremdkörper, kein Nasentampon stört das Gleichgewicht der inneren Nase, und so werden unerwünschte Folgen vermieden. Der Druck der Schiene kann von dem Patienten mittelst einer feinen Schraube genau regulirt werden. Jeder Neigung, sich zu lockern, kann man dadurch vorbeugen, dass man Heftpflaster um die Druckschiene legt und dann an der Haut befestigt. LEFFERTS.

28) **Bournonville** (Gothenburg). **Ein Fall von Coryza caseosa.** *Centralblatt für Chirurgie. No. 16. 1885.*

Die unter obigem Titel von französischen und italienischen Beobachtern beschriebene Modification hat Verf. bei einem 72jährigen Manne, dessen Nasenhöhle sowohl als anch Sinus màxillaris und frontalis mit grauen kittartigen, höchst übelriechenden Massen ausgefüllt war, beobachtet. In den beiden Sin. front. kam es zur Abscess- und Fistelbildung, auch fand sich eine Zerstörung des Septum und eine grosse Communicationsöffnung der rechten Nasenhöhle mit der rechten völlig ausstopften Highmorshöhle. Die käsigen Massen wurden entfernt, ebenso die nekrotischen Stücke der Nasenscheidewand, die Fisteln erweitert und ausgespritzt und so die Affection nahezu vollständig geheilt. SCHECH.

29) **D. Fleischmann. Entfernung von Nasenpolypen. (Removal of nasal polypi.)** *Med. Annual. Albany. V. p. 265. 1884.*

Das Journal war dem Ref. nicht zugänglich. LEFFERTS.

30) **José Roura. Die Lucilia hominivora und die durch dieselbe hervorgerufene Erkrankung der Nase. (La lucilia hominivora y la afeccion nasal que produce.)** *Revista de Medicina y Cirugiá prácticas. 22. Nov. 1884. No. 202. p. 465 u. Gaceta de Sanidad Militar. 1884.*

Es handelt sich um eine parasitäre Nasenerkrankung, welche durch die Larven der oben erwähnten Dipteren hervorgerufen wird.

Symptomatologie. Die Krankheit beginnt insidiös; zuerst wird ein schmerzhaftes Kitzeln bemerkt, begleitet von einem serös-sanguinolenten Ausfluss aus der Nase. Diesem Kitzeln folgt bald wirklicher Schmerz, welcher sich besonders auf dem Nasenboden und in der Stirn fühlbar macht, und nach und nach den ganzen Kopf einnimmt. Der seröse und serös-sanguinolente Ausfluss wird eitrig, hat Epistaxis im Gefolge und damit häufig Ausstossung von einigen Larven. Die Nase und die unteren Augenlider schwellen beträchtlich, wie beim Erysipel. Ist bis dahin eine rationelle Behandlnng eingetreten, so schwinden die Erscheinungen. In den schwersten Fällen dagegen beobachtet man im oberen Theile der Nase einen schwarzen Punkt, der ulcerirt und auf dem Grunde des Geschwürs finden sich Larven. Das Gaumensegel entzündet sich manchmal, ulcerirt und perforirt nicht selten in grosser Ausdehnung; dabei kann man beobachten, wie die Larven in die Mundhöhle fallen. Die Nasenknochen erweichen, lösen sich ab, die Verschwärung vergrössert sich und ergreift die inneren Orbitalwände, die Schmerzen werden bohrende, es kommt zu hohem Fieber, der Process dehnt sich

immer mehr und mehr aus, indem sich die Larven überaus stark vermehren, alles annagen und so bis in die Sinus frontales und bis zur Gehirnhöhle gelangen, wo sie eine Meningitis hervorrufen, an der der Kranke zu Grunde geht. Glücklicherweise kommt es nicht immer bis zum letzten Stadium und der Kranke wird noch geheilt unter Verlust der Nasenknochen und mehr oder weniger Zerstörung des Gaumensegels. Die Krankheit dauert in den leichteren Fällen 7 bis 10 Tage, in den schwereren 18 bis 20 Tage.

Die Prognose sei immer reservirt.

Therapie. Die englischen Aerzte in Indien wenden Infusionen von Tabaksblättern und Terpentin in Injectionen an, gleichzeitig ein tonisirendes Einschreiten. Coquerel und die französischen Marineärzte Chlor-, Alaun- und in schweren Fällen Sublimatlösungen (0,05:30). Odriozola wendet das Pulver von Veratrum sabadilla an, Roura 3mal täglich Einspritzungen von 5proc. Carbolsäure und Calomeleinblasungen. Ausserdem wurden empfohlen: Aether, Chloroform und Benzin. KISPERT.

31) **G. Castelli. Geophilen in der Nasenhöhle des Menschen. (Note intorno un caso di presenza di geofili nelle cavità nasali dell' uomo.)** *Giornale delle R. Academia di Medicina di Torino. No. 6—7. p. 349. 1884.*

Es wird zunächst ein Fall von Scoutetten reproducirt, in welchem, nachdem Pat. ein Jahr lang an Kopfweh, Schleimsecretion mit Fötor, Erbrechen etc. gelitten hatte, ein lebender Skolopender aus der Nasenhöhle kam; sodann ein anderer Fall von Lefèvre, in welchem ein solches Thier nach jahrelangem Bestehen von Stirnkopfschmerz, Nachlass der Sehkraft, Gefühl eines beweglichen Körpers zwischen den Augen, endlich unter heftigem Niesen zu Tage trat.

Bei der Patientin von C. waren seit Anfang August 1883 heftige Schmerzen in der Regio supraciliaris dextra aufgetreten mit nervöser Aufregung und zeitweiser Sprachlosigkeit. Ende des Monats kamen 2 Thiere aus der Nase, von denen eins entwischte, während das andere gefangen wurde.

Hierauf trat Besserung der Schmerzen ein; ein Gefühl der Schwere bestand fort, verbunden mit leichten Sehstörungen. Anfang Januar 1884 stellten sich wieder heftige Schmerzen ein, die sich bis zur Raserei steigerten. Ende desselben Monats kam ein gleiches Thier aus dem rechten Nasenloch. Es war zusammengerollt, bewegte sich aber gleich sehr lebhaft und starb erst, als es nach einiger Zeit in Spiritus gelegt wurde. Es erwies sich als eine Skolopenderart — Geophilus sodalis Meinert? — Gondicogaster Letzel — eine bisher in Italien nicht beobachtete Species.

Die Frage, wie die Thiere in die Nasenhöhle kommen und daselbst so lange leben konnten, wird nicht berührt. KURZ.

32) **F. Payne** und **Felix Semon** (London). **Ein Fall von Rhinosclerom. (A case of rhinoscleroma.)** *Brit. Med. Journal. 7. März 1885.*

Payne und Semon demonstrirten in der Sitzung der Pathological Society of London vom 3. März 1885 Abbildungen und microscopische Präparate von einem Fall von Rhinosclerom, der den Mitgliedern in der Sitzung vom 21. October 1884

gezeigt worden war. Der Patient war ein 18jähriger Guatemalaner, der seit 4 Jahren an der Krankheit litt, und von Dr. A. Martin in Paris Semon zugewiesen worden war. Das Leiden hatte ohne bekannte Veranlassung ganz allmälig begonnen. Unmittelbar unterhalb der Nasenlöcher zeigten sich zwei rundliche, röthliche, feste aber nicht gerade harte, oberflächlich ulcerirte, etwa halbhaselnussgrosse Schwellungen; beide Nasenhälften waren mit ähnlichen Massen gefüllt. Die Nase war bedeutend breiter als normal und fühlte sich bei Druck auf die unteren Partien steinhart an. Die aussen wahrnehmbare Ulceration war nach Angabe des Patienten in Folge galvanocaustischer und anderer Operationen, denen er sich in Paris unterworfen hatte, aufgetreten. (Eine kurze Beschreibung der histologischen Charaktere eines, während seines Pariser Aufenthaltes entfernten Geschwulstfragmentes ist von Prof. Cornil im Progrès Médical, 1883 veröffentlicht worden.) Das Innere des Halses war ebenfalls afficirt. Die Uvula war völlig verschwunden. Auf dem weichen Gaumen zeigte sich eine unregelmässige, erhabene, weisslich glitzernde, leicht ulcerirte Stelle, von der aus fibröse Bänder nach allen Richtungen ausgingen und den, auch sonst narbig veränderten Theil ganz deformirten. Auch die linke Tonsille und die linke Seitenwand des Rachens waren afficirt, der Nasenrachenraum dagegen und der Kehlkopf frei. Obwohl dem Patienten die Unmöglichkeit einer vollständigen Exstirpation und die Unwahrscheinlichkeit selbst nur partieller, dauernder Verbesserung seines Zustandes klar vorgestellt wurden, bestand er auf der Vornahme eines Versuchs der Entfernung der äusseren Tumoren und der die Nasenathmung völlig unmöglich machenden, die Nase ausfüllenden Massen. Vor der Operation wurde er mehrere Monate energisch, aber erfolglos mit antisyphilitischen Mitteln behandelt. Am Tage nachdem er der pathologischen Gesellschaft gezeigt worden war, wurden in der Chloroformnarcose die äusseren Tumoren und die die Nase ausfüllenden Massen so radical als möglich mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, und die Wundfläche an diesem wie an den folgenden Tagen energisch mit Lapis in Substanz geätzt. Die Nasenathmung war unmittelbar nach der Operation ganz frei. Trotz aller Vorsichtsmassregeln aber erschienen schon zwei Monate nach der Operation unzweideutige Zeichen eines Recidivs. Weitere operative Behandlung wurde angesichts ihrer offenbaren Nutzlosigkeit verweigert und der Patient suchte andere Hülfe. Bei einer nach der Operation vorgenommenen Untersuchung der Nase zeigte sich, dass der grössere Theil des Septums völlig verschwunden war, und da in keinem der zahlreichen microscopischen Präparate eine Spur von Knorpel oder Knochen entdeckt werden konnte, blieb nur die Annahme übrig, dass die Neubildung bei ihrem Fortschreiten das Septum zum grösseren Theile zerstört habe.

Die histologische Untersuchung zeigte Einwanderung einer kleinzelligen, Granulationsgewebe ähnlichen Neubildung, in welcher sich einige grössere, verschieden geformte Zellen fanden, in die Haut und den oberen Theil der Schleimhaut. Die Epidermis war theilweise eigenthümlich verändert, und hatte concentrische Massen producirt, die eine oberflächliche Aehnlichkeit mit den „Nestern" oder „Perlkugeln" des Epithelioms aufwiesen. Neben dem beschriebenen Infiltrat zeigten sich feste Massen fibrösen Gewebes. Die ganze Structur war völlig verschieden von Epitheliom, Sarcom oder irgend einer anderen bestimmten Geschwulst-

form, und hatte mehr Aehnlichkeit mit den Granulationsneubildungen (Lupus, Syphilis, Tuberkel), als mit irgend etwas anderem, war aber andererseits auch wieder von den letzteren durchaus verschieden. Bemerkenswerth war die völlige Abwesenheit jedes Zeichens von Atrophie oder Degeneration. — Im Ganzen stimmte das histologische Bild mit den früher beschriebenen — allerdings sehr verschieden interpretirten — Charakteren des Rhinoscleroms überein.

Soweit den Verfassern bekannt, ist der eben beschriebene der erste in Grossbritannien zur Beobachtung gekommene Fall dieses seltenen Leidens.

Auf eine bezügliche Frage Mr. Butlin's erwiderte Payne, dass die Neubildung sorgfältig auf Microorganismen hin untersucht worden sei; doch wären solche diesmal ebensowenig wie früher von Prof. Cornil in demselben Falle gefunden worden. AUTOREFERAT.

33) **Morell Mackenzie** (London). **Weitere Notiz über Rhinosclerom. (Further note on rhinoscleroma.)** *Brit. Med. Journal. 21. März 1885.*

Der Patient, dessen Fall in dem vorhergeheuden Referat geschildert ist, wandte sich nach der Weigerung des Referenten, weitere operative Eingriffe vorzunehmen, an Dr. Mackenzie, der den Befund gegen Ende December 1885 schildert. Zu jener Zeit zeigten sich im ganzen Innern der Nase Anzeichen von Recidiven und die Choanen waren bereits wieder von neugebildeten Massen verschlossen. M. zerstörte die die linke Choane obstruirenden Massen mit dem Porzellanbrenner, rechts gelang ihm dies nicht, obwohl er den Versuch in einer zweiten Sitzung wiederholte. Der Pat. verliess bald darauf England. SEMON.

34) **Vallard** (Paris.) **Meningocele an der Wurzel der Nase. (Meningocèle de la racine du nez.)** *Soc. de Clin. Sitzung vom 25. Juni 1884.*

V. stellte einen Kranken vor mit angeborenem Tumor der Basis der Nase, der mit dem Puls isochronische Pulsation zeigte. Da Meningocele vormuthet wurde, unterblieb jede Intervention. E. J. MOURE.

35) **H. Jelenkoff** (Petersburg). **Fall von Arhinencephalia unilateralis bei einem erwachsenen Manne.** *Virchow's Archiv. Bd. 95. S. 95.*

Beschreibung und Abbildung des Befundes im Leben und nach dem Tode bei einem 34jährigen Mann, der von der rechten Nase und allem, was dazu gehört, nichts weiter hatte, als ein rüsselförmiges Gebilde, das vom inneren Rande der Orbita herabhing. Ihm fehlte rechts 1. der Olfactorius und das Os ethmoidale bei sonst normalem Hirn; 2. die Stirnhöhle; 3. das Nasenbein; 4. die Nasenhöhle, der Canalis lacrymalis und das Antrum; 5. der Vomer; 6. der Zwischenkiefer nebst seinem Schneidezahn; 7. die Nasenweichtheile und der Nasenknorpel. Letztere vertrat der Hohlrüssel, der innen mit Schleimhaut ausgekleidet war. Das Unicum von Monstrosität kann unter die von Kundrat beschriebenen Arhinencephalen gereiht werden. B. FRAENKEL.

36) **Tédenat. Ueber adenoide Vegetationen im Nasenrachenraume. (Des végétations adénoides du pharynx nasal.)** *Montpellier méd. p. 137—154. 1884.*

Der Artikel war dem Referenten nicht zugänglich. E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

37) **Labadie. Beitrag zum Studium des Cancer lingualis leucoplastischen Ursprungs. (Contribution à l'étude du cancer lingual d'origine leucoplasique.)** *Thèse. No. 38. 1884.* Bordeaux. Mme. Vve. Riffaud.

L. betont die von verschiedenen Autoren durch zahlreiche Fälle erwiesene Thatsache, dass Zungenkrebs sich oft da entwickelt, wo früher „plaques blanches" bestanden haben. So bezeichnete Devergie (Schwimmer übersetzte „Leukoplakia buccalis") die auf dem Zungenrücken auftretenden weissen dichten Schuppen, die auf einer verdickten, oft gespaltenen und exulcerirten Schleimhaut lagern, und die von anderen Autoren als „Psoriasis linguae", „Ichthyosis" und „Tylosis" beschrieben wurden. Als Hauptursache wäre nach L. die arthritische Diathese (!) anzusehen, während Syphilis nur einen geringeren Einfluss ausübe. Die Differentialdiagnose zwischen dieser Affection und den „plaques" der Raucher und der syphilitischen „Glossitis sclerosa" sei oft schwer. — Pathologisch-anatomisch genommen, besteht sie in einer Verdickung der Hornschicht, des Rete Malpighii und des darunterliegenden Corium, in dessen Gewebe eine grosse Zahl von Embryonalzellen und Zellkernen eingelagert ist und das eine reichliche Vascularisation zeigt. Greift diese Zellinfiltration weiter, so ist der Uebergang zum Epitheliom gegeben.

L. bringt zum Schlusse die Krankengeschichte eines von Trélat und Coyne und eines von Demons beobachteten Falles von Leukoplakia buccalis, in denen sich später ein Zungenepitheliom entwickelte und fügt derselben Beschreibung, sowie 2 Zeichnungen der von den exstirpirten Geschwülsten gewonnenen microscopischen Befunde an. E. J. MOURE.

38) **E. Trédos. Studium über das Epithelioma der Zunge. (Etude sur l'épithélioma de la langue.)** *Thèse. No. 59. 11. August 1884.* Montpellier. Cristin, Serre et Ricome.

In obiger These wird, ohne etwas Neues zu bieten, pathologische Anatomie, Aetiologie, Symptome, Verlauf, Prognostik und Differentialdiagnostik des Epithelioms der Zunge in eingehender und zugleich übersichtlicher Weise besprochen.
E. J. MOURE.

39) **Tuffier (Paris). Zungenepitheliom. (Epithélioma de la langue.)** *Société anatomique. 18. Januar 1884. Progrès méd. No. 32. 9. August 1884.*

Der Fall betraf einen 53jährigen Tischler. Die ganze Zunge wurde nach dem Vorgang Rizzoli-Billroth abgetragen. Der Kranke wurde mittelst der durch die Nase eingeführten Oesophagussonde ernährt. Recidive am linken inneren Unterkieferrande. Neuerliche Operation, bei welcher häufige Suffocationserscheinungen eintraten, die sich nach der Operation erneuern und zum Tode führen. Bei der Obduction findet man auf der Epiglottis zwei polypenartige Massen aufsitzen, die eine Klappe bilden und den Zugang zum Larynx verlegen. Diese gestielt aufsitzenden Massen bestanden aus epithelialem Gewebe. Ferner fand man eine bedeutende Verengerung an dem Uebergang des Pharynx in den Oesophagus, ohne dass die Wandung krebsig infiltrirt gewesen wäre. E. J. MOURE.

40) **Vieusse** (Mascara). **Blasenwurmcyste der rechten Parotisgegend, ein Neugebilde der Drüse vortäuschend. Abtragung der Parotis. Heilung. (Kyste hydatique de la région parotidienne droite, simulant une tumeur néoplastique de la glande; ablation de la parotide; guérison.)** *Gazette hebdom. de méd. et de chir. No. 16. 18. April 1884.*

Der Fall betraf einen 30jährigen Araber, bei dem sich obgenannter Tumor innerhalb 18 Monate bis zur Faustgrösse entwickelt hatte. Er veranlasste weder Schmerz, noch sonst welche Störung. Vor der Operation war er für ein Myxom gehalten worden.

E. J. MOURE.

41) **Fournié** (Paris). **Complicationen, die bei der Abtragung des Zäpfchens auftreten können. (Complications qui peuvent accompagner la section de la luette.)** *Revue méd. franç. et étrang. No. 13. 29. März 1884.*

Nach der Abtragung einer 2¹/₂ Ctm. langen und 1¹/₂ Ctm. dicken, rigiden Uvula, die häufig zu Halsbeschwerden Anlass gab, kam es zu einer heftigen Blutung. Merkwürdig muss es erscheinen, dass diese Blutung, die eine arterielle gewesen sein soll, sich erst einige Zeit nach der Operation gezeigt hat.

E. J. MOURE.

42) **A. Kasanski** (Kronstadt). **Ein Fall von Pharynxtuberculose. (Slutschai tuberculos nawo poratschenia sewa i glotki.)** *Med. prib. morsk sborn. Dec. 1884.*

Nach einer sehr genauen historischen Einleitung und ausführlichen Angaben der Differentialdiagnose, die übrigens nichts Neues bietet, beschreibt Verf. einen Fall von tuberculöser Affection des Pharynx, den er selbst beobachtet hat.

Pat. ist 40 Jahr alt, hat ein unregelmässiges Leben geführt und fühlt sich erst seit 3 Monaten krank. Die Krankheit begann mit Schmerzen im Halse, besonders während des Schluckens; die Schmerzen steigerten sich allmälig und in der letzten Zeit gesellte sich noch allgemeine Mattigkeit hinzu. Status präsens: Pat. ist stark entwickelt, jedoch sehr anämisch und abgemagert; die Schleimhaut der Wangen und des harten Gaumens ist auffallend anämisch. Der hintere Theil des harten Gaumens, der ganze weiche Gaumen, die rechte Tonsille und die hintere Pharynxwand sind mit Geschwüren bedeckt. Dieselben haben eine mehr oder weniger runde Form, der Grund derselben ist uneben und die Ränder theils ausgefressen, theils unterminirt. Wischt man den Belag, der theils aus Eiter, theils aus Schleim besteht, von den Geschwüren ab, so sieht man an den Rändern kleine grauweisse Knötchen. Die Beweglichkeit des weichen Gaumens ist stark behindert. Der Kranke kann nur flüssige Nahrung und auch diese mit Mühe schlucken. Die Stimme ist rauh, belegt und näselnd. Affection der rechten Lungenspitze. Ausserdem leidet der Kranke an Durchfällen. Unter den Erscheinungen allgemeiner Schwäche verschied der Pat. nach 3 Wochen. Die Section ergab: Tuberculöse Geschwüre des Pharynx, der Epiglottis, Tuberculose der Lungen und des Darms.

LUNIN.

43) **Sevestre** (Paris). **Tuberculöse Ulcerationen des Gaumens und des Kehlkopfes. (Ulcérations tuberculeuses du palais et du larynx.)** *Bull. et mém. de la société méd. des hôpit. de Paris. No. 6. April. 1884.*

S. zeigt die betreffenden anatomischen Präparate vor und bemerkt, dass die

Ulceration am Gaumen nur in ihrem vorderen Antheil unter der Jodoformbehandlung vernarbte, während ein Geschwür an der Oberlippe, offenbar derselben Natur, bei gleicher Behandlung vollständig heilte. E. J. MOURE.

44) **Pauly** (Posen). **Zur Entstehung der ringförmigen luetischen Pharynxstricturen.** *Centralblatt für Chirurgie. 1884. No. 17.*

Verf. beobachtete eine ringförmige Narbe in Form einer weissen Membran, welche sich von der Zungenbasis zur hinteren Rachenwand horizontal ausspannte und den Aditus laryngis bis auf eine extramediane erbsengrosse Oeffnung vollkommen verschloss. Die Entstehung solcher colossaler Verengerung erklärt Verf. aus dem Umstande, dass hier ausser den Ulcerationen der hinteren und seitlichen Rachenwand gleichzeitig auch Ulcerationen an der Zungenbasis, hervorgegangen aus zerfallenden Gummigeschwülsten, vorhanden sind; in dem mitgetheilten Falle konnte mit Bestimmtheit ein solches Verhalten angenommen werden. SCHECH.

45) **Gouguenheim** (Paris). **Pharyngo-laryngeal-Carcinom. (Cancer pharyngo-laryngien.)** *Bullet. et mém. de la société méd. des hôpit. de Paris. No. 3. Febr. 1884.*

G. zeigt das betreffende Präparat vor. Der rechte Recurrens war durch die geschwellten Ganglien comprimirt und atrophisch. E. J. MOURE.

46) **Gentile. Extraction eines Knochens aus dem unteren Theil des Pharynx nach 5 Tagen. (Estrazione di un' osso dalla parte inferiore della faringe dopo 5 giorni.)** *Morgagni. 1884. p. 698.*

Nachweis des Knochenstücks (von $2^1/_2$ Ctm. Länge) mittelst der Digitalexploration und Extraction desselben mit der Pincette unter Leitung des Fingers. KURZ.

d. Diphtheritis und Croup.

47) **Charles J. Renshaw** (Ashton upon Mersey). **Experimentelle Untersuchungen über Diphtheritis. (Experimental researches on diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 3. Januar 1885.*

Der Autor summirt seine Experimente und theoretischen Betrachtungen, hinsichtlich deren Interessenten auf das Original verwiesen werden müssen, in folgenden Sätzen: „Aus diesen Experimenten scheint hervorzugehen, dass Diphtheritis von membranösem Croup und vom Scharlachfieber verschieden ist und dass sie eine äusserst gefährliche Affection sui generis ist, dass aber die Wissenschaft bedeutende Controle über sie sowohl in Hinsicht der Prophylaxe wie der Behandlung hat (? Ref.). Sie wird durch Contagion verbreitet, kann aber auch, meiner Ansicht nach de novo unter gewissen Umständen durch die Zersetzung einer Mischung von animalischen und vegetabilischen Substanzen entstehen. Wenig oder kein Beweismaterial liegt dafür vor, dass sie durch Fäcalstoffe allein, oder durch isolirte Decomposition animalischer oder vegetabilischer Stoffe erzeugt wird." SEMON.

48) **G. H. Chapman. Diphtherie, die Pilztheorie und die Behandlung mit Alcohol. (Diphtheria, the germ theory and the alcohol treatment.)** *N.-Y. Med. Journal. XLI. p. 74—76. 1885.*

Die Krankheit ist zuerst eine locale und wird später zu einer Allgemein-

erkrankung. Die Infection wird durch die locale Krankheit aufrecht erhalten. Die Ursache ist ein Micrococcus.

Alcohol dil. mit Kal. chloric. wird als Gargarisma angewandt; ausserdem Stimulantien, Diuretica, antifebrile Mittel je nach den Indicationen, welche der einzelne Fall bietet. LEFFETRS.

49) **Lecerf. Die Diphtheritis in Saint-Julien-de-Concelles während der Jahre 1883 und 1884. (Le diphthérie à Saint-Julien-de-Concelles pendant les années 1883 et 1884.)** *Gaz. méd. de Nantes. No. 2, 3. Januar 1885.*

Casuistisches über Diphtheritis. L. lobt die locale Behandlung mit Citronensaft, von welcher er unbestreitbare gute Resultate sah. Ist Larynx und Trachea ergriffen, so giebt er innerlich Schwefelcalcium. E. J. MOURE.

50) **Bécigneul** (Nantes). **Ueber einige Fälle von Diphtheritis, die im „Hospice Général" im October 1884 und im März 1885 beobachtet und behandelt wurden. (De quelques cas de diphthérie observés et traités à l'Hospice Général en octobre 1884 et mars 1885.)** *Gaz. méd. de Nantes. No. 6. 9. April 1885.*

Die Krankengeschichten von 9 Fällen von Diphtheritis werden ausführlich wiedergegeben und einige, die Behandlung betreffenden Reflexionen daran geknüpft. E. J. MOURE.

51) **Carreras Sanchis. Eine Statistik. (Una estadistica.)** *Los Archivos de Medicina. No. 1. u. Revista de medicina y cirugia practicas. No. 202. p. 465. 1884.*

Vom September bis December 1879 starben in Spanien 3267 Personen an Diphtherie; 1880 — 8935; 1881 — 10404; 1882 — 10893; 1883 — 10418. In den ersten 4 Monaten 1884 — 3957. Am grössten ist die Sterblichkeit in den grossen Städten, wie Madrid, Barcelona, Valencia und Sevilla. Die grösste Sterblichkeit betrifft die Monate September bis December. KISPERT.

52) **N. Perotti. Prophylaxe der Diphtheritis. Neuer Pulverbläser. (Profilassi della difterite. Nuova cannula per insufflazione di polveri medicamentosi.)** *Archivio di Patologia infantile. Fasc. II. 1885.*

P. empfiehlt den Aethiops mineralis als Prophylacticum gegen Diphtheritis und beschreibt umständlich einen Apparat zum Einblasen von Pulver in Rachen und Kehlkopf, der übrigens nicht sehr practisch ist, da man mit dem Munde, und zwar ziemlich energisch, hineinblasen muss. KURZ.

53) **J. M. Batten. Zur Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Journ. Amer. Med. Assn. IV. p. 146. 1885.*

Der Autor hat 80 pCt. Heilungen unter den von ihm behandelten Fällen. Er empfiehlt innerlich Kali chloric. und Tinct. ferr. chlorat.; daneben reichliche Ernährung und grosse Dosen Whiskey in bestimmten Intervallen. Die locale Behandlung besteht in Gurgeln, Pinseln oder Besprühung des Halses mit einer gesättigten Lösung von Kali chloric. oder Kalkwasser. LEFFERTS.

54) **J. W. Brown. Zur Behandlung der Diphtherie. (On the treatment of diphtheria.)** *Journ. Am. Med. Assn. IV. p. 29—33. 1885.*

B. will in Zukunft jede Behandlung aufgeben. Dieses sein Vorhaben stützt er auf die Resultate, welche er in einer Reihe von nicht ausgewählten Fällen erzielt hat. „Es soll unsere heilige Aufgabe sein, nur für Stimulantien, locale Applicationen, Tonica und gute Ernährung zu sorgen. Richte Dein Augenmerk auf die locale Auflagerung und beseitige sie, und der Kampf ist mehr als halb gewonnen. Lass Dich nicht durch die Behandlung mit Kalkwasser täuschen und verwirf das Arg. nitr. Vermeide jede Schärfe, aber gebrauche Whiskey.“

LEFFERTS.

55) **Delthil** (Nogent-sur-Marne). **Practischer Bericht über die Behandlung der Diphtherie durch die Kohlenwasserstoffe. (Exposé pratique du traitement de la diphthérie par les hydro-carbures.)** *Bullet. génér. de thérapeutique. No. 5. 15. März 1885.*

D. erläutert nochmals sein therapeutisches Verfahren gegen die Diphtherie (s. S. 356, Artikel 50 des Intern. Centralbl., Jahrg. I.).

1. Prophylactisch nach stattgehabter Berührung mit einem diphtheritischen Individuum sollen von Zeit zu Zeit Terpentindämpfe eingeathmet werden.

2. Sind diphtheritische Erscheinungen schon vorhanden, der Fall aber ein leichter, so möge in einem Wasserbade von 60° C. Terpentin zum Verdampfen gebracht werden.

3. Ist der Fall ein schwerer, so soll ein Gemenge von Gastheer (40 Grm.) und von rohem Terpentin (30 Grm.) in einer Pfanne verbrannt werden, bis das Zimmer vom Rauche erfüllt ist. — Die Menge der zu verbrennenden Mischung ist von der Grösse des Krankenzimmers und von der Schwere des Falles abhängig. Local möge mit einer Mischung von Terpentin und Mandelöl zu gleichen Theilen gepinselt werden. Innerlich möge von Zeit zu Zeit Ipecacuanha und, wenn nothwendig, Chinin gegeben werden. Bei stenotischen Erscheinungen Tracheotomie. Die Behandlungsdauer beträgt gewöhnlich 12—15 Tage und können die Räucherungen während dieser Zeit selbst bei Kindern von wenigen Monaten ohne Gefahr vorgenommen werden.

D. giebt zum Schlusse eine Beobachtung von Dujardin-Beaumetz und eine von Musgrave-Clay wieder, die zu Gunsten seiner Behandlungsmethode sprechen. Diese soll darin bestehen, dass die gebildeten diphtheritischen Membranen leicht ausgestossen werden und die Bildung neuer Membranen hintangehalten wird. Wie diese Wirkung zu Stande kommen soll, darüber schweigt D., ebenso auch darüber, dass doch die chemische Einwirkung auf die Schleimhaut der oberen Luftwege in dem einen Falle, wo er die Terpentindämpfe einathmen lässt, eine andere sein muss, als in dem anderen Falle, wo die Verbrennungsproducte des Terpentins und des Theers sich auf der Schleimhaut von Trachea und Bronchien ablagern.

E. J. MOURE.

56) **W. H. Tate. Behandlung der Diphtherie mit Sublimat. (Treatment of diphtheria with bichloride of mercury.)** *Peoria Med. Month. V. p. 547. 1884—1885.*

25 Patienten im Alter von 5—15 Jahren wurden behandelt, von denen einer starb.

Rp. Hydrarg. bichlor. 0,06.
Aq. dest. 120,0.

Alle 4 Stunden (oder öfter, wenn nöthig) einen Theelöffel voll; dazu eine Mixtur von Chloralhydrat, Tinct. ferr., Kali chloric., Tinct. digital. alle 2 Stunden. Als Tonicum Chinin. LEFFERTS.

57) **J. Lewis Smith. Membranöser Croup. Diphtheritischer Croup. Wahrer Croup. (Membranous croup. Diphtheritic croup. True croup.)** *Amer. Journ. Med. Soc. April 1885.*

Unter obigem Titel liefert der Verf. eine sehr werthvolle und erschöpfende Abhandlung über ein Gebiet, auf dem er eine wohlbekannte Autorität ist. Bei der Länge der Abhandlung kann ein Auszug deren Verdiensten kaum gerecht werden. Das folgende Resumé enthält das Wichtigste von den Ansichten des Autors.

Aetiologie. Da, wo die Diphtherie endemisch oder epidemisch herrscht, ist eine Reihe von Fällen von membranösem Croup nur als locale Manifestation dieser Krankheit anzusehen, und die an solchen Orten auftretende Entzündung wird gewöhnlich als diphtheritischer Croup bezeichnet. Es haben sich zwar Aerzte bemüht, zu unterscheiden zwischen dem Croup in Folge von Diphtherie und dem aus anderen Ursachen. Was jedoch die Ursache sein mag, der anatomische Character, die klinische Geschichte und die erforderliche Therapie sind nahezu so identisch, dass die Versuche, zwischen der durch Diphtherie und der durch andere Agentien hervorgerufenen Krankheit zu unterscheiden, sich an den Orten, wo die Diphtherie vorkommt, als nichtig und unbefriedigend erwiesen haben.

Ausgenommen sind diejenigen Fälle, wo der Croup z. B. durch Verschlucken oder Inhaliren irgend welcher reizender Substanzen offenbar hervorgerufen wurde.

Sobald die Entzündung der Larynx- oder Tracheaoberfläche — welches immer die Entstehungsursache sein mag — einen gewissen Grad von Schwere erreicht, kann man Fibrinexsudation und Bildung einer Pseudomembran erwarten; aber dazu kommt es häufiger bei Entzündungen in Folge von Diphtherie, als bei denen nach anderen Agentien. Bei der Diphtherie bewirkt schon eine mässige Laryngotracheïtis eine Membranbildung.

Nach Smith's Beobachtungen in New York City sind, ihrer Frequenz nach geordnet, die häufigsten Ursachen des Croup: Diphtherie, „Erkältung", Masern, Pertussis, Scharlach, Typhus, reizende Inhalationen.

Der anatomische Character der Krankheit wird ausführlich erörtert, da es, wie der Autor bemerkt, von Wichtigkeit ist, uns mit demselben vertraut zu machen, insbesondere mit der Natur der Pseudomembran, damit wir im Stande seien, Massregeln zu ihrer Beseitigung zu ergreifen und, so weit als möglich, der Larynxstenose vorzubeugen, an welcher so viele Patienten zu Grunde gehen. Die Symptome werden ebenfalls besprochen. Der Croup, meint S., bleibt, wenn man im Beginn und in der activen Periode der Diptherie ihn ohne Behandlung lässt, niemals stationär oder bildet sich zurück. Nach und nach, oder oft rapide, wächst die Larynxstenose, und bald fühlt der Patient den Luftmangel.

Diejenigen, welche ohne Tracheotomie durch die Anwendung von Inhalationen vom Croup genesen, erholen sich gewöhnlich allmälig, indem die Obstruction sich mässigt durch Lockerung und Abstossung von Membranfetzen, der Husten wird loser, die Stimme weniger heiser. Nach Abstossung der Pseudomembran vergehen einige Tage, bis die Verdickung und Infiltration der Schleimhaut schwindet und die Epithelien regeneriren.

Unter dem Capitel Diagnose wird auf den Umstand hingewiesen, dass die catarrhalische Laryngitis, wenn die gewöhnliche Schwellung und Infiltration der Schleimhaut und des darunter gelegenen Bindegewebes eine Stenose und Respirationsbeschwerden hervorruft, leicht mit der pseudomembranösen Entzündung verwechselt werden kann.

Die catarrhalische Laryngitis führt zwar selten zum Tode; aber es wird durch zwei Fälle bewiesen, dass diese Krankheit eine so hochgradige Stenose herbeiführen kann, dass eine tödtliche Dyspnoë eintritt, gerade so wie bei Anwesenheit von Pseudomembranen.

Meist ist die Differentialdiagnose zwischen catarrhalischer Laryngitis und Croup leicht zu stellen, sei es durch das Vorhandensein von Ablagerungen in den Fauces, sei es durch die Geschichte des Falles, welche auf Diphtherie als Entstehungsursache hinweist. Die Anwendung des Laryngoscops bei kleinen Kindern ist so schwierig, dass es früher die Differentialdiagnose der verschiedenen Formen der acuten Larynxstenose nicht erleichtern konnte, zumal in der Hand eines Nichtspecialisten.

Was die Prognose betrifft, so ist sie natürlich in hohem Grade abhängig von dem vorherrschenden Typus der Diphtherie. Aus dem, was festgestellt worden ist, folgt, dass der Croup viel häufiger und gefährlicher ist bei der schweren Diptherieform, als bei milden Formen, wo die Blutvergiftung einen geringeren Grad erreichte. In New York City war während der fünfzehn Jahre bis 1878 das Procentverhältniss der Heilungen sowohl bei medicamentöser Behandlung als auch bei der Tracheotomie ein sehr kleines. Während dieser langen Periode machten die Aerzte die Tracheotomie nur mit Widerstreben, da sie nur 3—5 pCt. Erfolge hatten.

Nach 1878 sind die procentualischen Erfolge nach der Tracheotomie viel grösser geworden. Die Mortalität beim Croup ist um so grösser, je jünger die Kinder sind, da der Durchmesser der Luftwege um so kleiner ist, die Larynxstenose also um so schneller auftritt; da es ferner schwieriger ist, die geeigneten Heilmittel anzuwenden und, je kleiner die Zeit zur Anwendung ist, um so schneller kommt es zu einer tödtlichen Dyspnoë. Tritt der Croup im Stadium decrementi der Diphtherie auf, so verläuft er weniger schwer und ist leichter zu überwachen und zu heilen, als wenn er im Beginn der Krankheit sich zeigt.

Um das procentualische Verhältniss der Heilungen beim Croup festzustellen, muss man die Fälle in zwei Gruppen theilen: 1. In solche, wo nur eine medicamentöse Behandlung stattgefunden hat, und 2. in solche, wo die Tracheotomie gemacht wurde.

Smith erklärt, obwohl er alle Behandlungsmethoden — Emetica, Purgantia, Stimulantia, Inhalationen und Insufflationen — erprobt hätte, er durch medica-

mentöse Behandlung während dieser langen Periode von je 8 Croupfällen nur einen geheilt hätte, sobald die Kehlkopferscheinungen in der ersten Woche der Diphtherie auftraten, und die Symptome so ausgesprochen waren, dass mehr oder weniger Larynxstenose drohte. Die Exsudation ist in der ersten Woche der Diphtherie oder in der activen Periode eine so rapide und so ausgedehnte, dass kein Medicament oder keine Behandlungsmethode, welche die Aerzte gewöhnlich empfehlen, prompt genug wirkt, um die Bildung von Pseudomembranen, und zwar in solcher Ausdehnung, dass sie das Leben gefährden, zu verhüten.

Tritt der Croup in der zweiten Woche der Diphtherie auf, so ist die Exsudation geringer und weniger rapide; er kann dann mit mehr Erfolg durch die dauernde Anwendung von lösenden Inhalationen behandelt werden. Nach Smith's Beobachtungen steigt dann bei frühzeitiger und beständiger, oder fast beständiger Anwendung von Inhalationen das Verhältniss der Heilungen von 1:8 fast bis zu 1:3.

Noch ist die Sterblichkeit eine so bedeutende, das Leiden beim Croup, in welchem Stadium der Diphtherie er sich auch einfinden mag, so gross, dass wir uns auf die langsame Wirkung der Medicamente oder Inhalationen nicht verlassen können, sondern in den meisten Fällen zur chirurgischen Behandlung übergehen müssen, um das Leiden zu lindern und die besten Chancen zur Lebensrettung herbeizuführen.

Der Catheterismus des Larynx wird ausführlich erörtert (S. 327 u. 341), jedoch nicht sehr warm empfohlen. Des Verfasser's Tracheotomiestatistik ist eingehend, und seine Deductionen aus ihrem Studium sehr klar. — Er versichert (mit speciellem Bezug auf die Operationen jüngeren Datums), dass, wenn die Tracheotomie verständig und früh genug ausgeführt wird, man durchschnittlich von je drei Patienten einen retten kann.

Smith bespricht dann die Inhalationen (Kalkwasser, Milchsäure, Pepsin, Brom), rühmt die alkalischen Inhalationen und empfiehlt halbstündliche locale Application von Extr. pancreatis 3,0, Natr. bicarb. 10,0; einen Löffel dieser Lösung auf 6 Theelöffel Wasser.

Dann bespricht er die Darreichung des Calomel, der Emetica, der Desinficientia, des Sublimat, die Allgemeinbehandlung und kommt schliesslich auf die chirurgische Behandlung. Hinsichtlich derselben bemerkt er Folgendes:

Mag man auch die bestmöglichste Behandlung mit Inhalationen und internen Mitteln frühzeitig und ohne Unterbrechung anwenden, so hat man doch in allen Ländern die allgemeine Erfahrung gemacht, dass diese Behandlung in einer grossen Reihe von Fällen ungenügend ist, und dass Viele dabei an Suffocation zu Grunde gehen, wenn man sie nicht durch chirurgische Hilfe rettet. Wir haben constatirt, dass, wenn der Croup im Beginn der Diphtherie auftritt, der Exsudationsprocess noch activ ist und die Pseudomembran schnell wächst, der Tod bei medicamentöser Behandlung allein das gewöhnliche Ende ist. Ist jedoch die Entzündung weniger intensiv oder subacut, wie in der zweiten Woche der Diphtherie, so dass noch mehr Zeit für die Wirkung innerer Mittel und Inhalationen übrig ist, und gelangt, wie es bisweilen vorkommt, die Stenose zu einem Stillstand, ohne dass ausgesprochene Dyspnoë sich geltend macht, dann kann man mit der chirurgischen Behandlung sich mehr abwartend verhalten.

Die Indicationen für ein chirurgisches Eingreifen sind allmäliges Anwachsen der Stenose und nachfolgende Dyspnoë trotz ständiger und vernünftiger Anwendung von Heilmitteln; offenbarer Lufthunger, sich äussernd in Unruhe des Kindes und leidendem Gesichtsausdruck, mit oder ohne Cyanose der Haut. Wir Erwachsene können nur eine schwache Vorstellung von dem Leiden haben, welchem Kinder mit acuter Larynxstenose unterliegen, wenn wir einen schweren Schnupfen haben und mit geschlossenem Munde zu athmen versuchen. Da es aber die höchste Pflicht der Aerzte ist, Leiden zu lindern, so muss man, falls interne Mittel sich unwirksam erweisen, schleunigst zu anderen Massnahmen greifen, da es sich um das Wichtigste, um die Lebensrettung handelt. Wenn daher der membranöse Croup fortschreitet, nachdem er 6—24 Stunden zweckmässig behandelt worden ist, und das Kind an Athemnoth leidet, dann ist der chirurgische Eingriff an seiner Stelle.

Zum Schlusse möchten wir die Lectüre des Originalartikels, von dem hier nur ein unvollständiges Bild entworfen werden konnte, den Lesern des Centralblatts noch einmal dringend empfehlen.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

58) **Th. Patenko. Der Kehlkopf in gerichtlich-medicinischer Bedeutung.** *Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med. v. Eulenberg. Bd. XLI. Heft 2. 1884.*

Brüche der Kehlkopfknorpel in Folge von Verletzungen sind häufiger als man bisher annahm. Ein begünstigendes Moment ist dabei die Rigidität resp. Verknöcherung aller oder einzelner Knorpel oder Knorpeltheile. Verf. kommt auf Grund sehr sorgfältiger anatomischer Untersuchungen und Experimente zu folgenden Schlüssen:

Die Verknöcherung der Kehlkopfknorpel unterliegt mit Hinblick auf die Zeit ihres Erscheinens, auf die Oertlichkeit, an welcher sie auftritt und auf den Grad ihrer Ausbreitung sehr namhaften Schwankungen. Bei der Frau erscheint sie später als beim Manne und im Allgemeinen im geringeren Grade. An den wenigen Fällen von allgemeinen, durch solche Ursachen, wie der Alcoholismus chron. die Syphilis und Rhachitis bedingten Erkrankungen des Organismus konnte Verf. nicht beobachten, dass diese Processe besonders merklich die Verknöcherung der Kehlkopfknorpel beeinflusst hätten. Die Verknöcherung und Degeneration der Knorpel können deren Elasticität in verschiedenen Altersclassen, übrigens nicht vor dem 30. Jahre soweit herabsetzen, dass die Möglichkeit zufälliger Verletzung eher zugegeben als geleugnet werden kann. Die erwähnten Veränderungen der Knorpel können einen so hohen Grad erreichen, dass die Präparation der letzteren unmöglich erscheint — sie unter den Fingern brechen; und unter solchen Umständen ist die Möglichkeit nicht absolut ausgeschlossen, dass bei einer unvorsichtigen Behandlung der Leiche, bei ihrer Uebertragung oder den Vorbereitungen zur Section Brüche der Kehlkopfknorpel erfolgen können. Die sehr interessanten Details müssen im Original nachgesehen werden.

SCHECH.

59) **F. Massei** (Neapel). **Die Verwendung des Laryngoscops in der Militärmedicin. (Applicazione del laringoscopio alla medicina militare.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio etc. No 1. 1885.*

Der Artikel bespricht auf Grund einiger concreter Fälle die Bedeutung der laryngoscopischen Diagnose für die Entscheidung der Tauglichkeit zum Militärdienst. KURZ.

60) **Zanchi** (Florenz). **Das Laryngoscop und die Militärmedicin. (Il laringoscopio e la medicina militare.)** *Bollettino delle malatti dell' orecchio, della gola e del naso. 1885. No. 2,*

Eine gegen den von Massei in der vorhergehenden Nummer desselben Blattes publicirten Artikel gerichteten Polemik, die in der Angabe gipfelt, dass das Laryngoscop in den Händen nahezu aller italienischen Militärärzte sei. KURZ.

61) **Massei** (Neapel). **Nochmals das Laryngoscop und die Militärmedicin. (Ancora del laringoscopio e della medicina militare.)** *Bolletino nella malattie dell' orecchio etc. 1885.*

Wiederholte Betonung der Wichtigkeit laryngoscopischer Untersuchung für die Militärärzte. KURZ.

62) **J. Symington** (Edinburgh). **Ueber die Beziehungen des Larynx und der Trachea zur Wirbelsäule beim Fötus und beim Kinde. (On the relations of the larynx and trachea to the vertebral column in the foetus and child.)** *Journal of Anatomy & Physiology. April, 1885.*

Aus einer grossen Anzahl von Messungen der betreffenden Theile, über deren Principien Näheres im Original nachzulesen ist, kommt S. zu dem Schlusse, dass der Kehlkopf in verticaler Richtung nicht schneller wächst, als der Cervicaltheil der Wirbelsäule, und dass daher die hohe Position des Kehlkopfs im Halse des Kindes, verglichen mit der Stellung des Theils beim Erwachsenen, nicht, wie dies oft angegeben ist, die Folge der verhältnissmässig geringen Grösse des Organs beim Kinde sein kann. S. glaubt vielmehr, dass die tiefe Stellung des Larynx beim Erwachsenen die Folge einer Abwärtsbewegung des ganzen Organs ist, und dass diese Abwärtsbewegung zum grössten Theil, wenn nicht ganz ausschliesslich, durch das Wachsthum des Gesichtstheils des Schädels bedingt ist. SEMON.

63) **Arthur Thomson** (Edinburgh). **Gemeinsamer Ursprung der Arteriae thyreoidea superior, lingualis und facialis in einem Stamme aus der Carotis communis.** *Journal of Anatomy and Physio'ogy. April. 1885. p. 328.*

In einer Arbeit über anatomische Varietäten beschreibt Th. ausführlich den anomalen Ursprung und Verlauf der drei im Titel genannten Arterien. Interessenten müssen auf das Original verwiesen werden. SEMON.

64) **N. Simanowski** (Petersburg). **Ueber die Beziehung der Kehlkopfnerven zur Innervation der einzelnen Kehlkopfmuskeln. (Ob otnoschenii gortannich nerwow k innerwaçii otgelnich mitschz gortani.)** *Getschen. klin. Gazeta. 1885. No. 9—13.*

Nach einer sehr ausführlichen und sorgfältigen Literaturangabe beschreibt

Verf. seine Versuche, die er nicht wie seine Vorgänger an Kaninchen, sondern an Hunden angestellt hat. Bei Hunden ist der Kehlkopf stärker entwickelt und ferner gelingt es bei ihnen, der grösseren Verhältnisse wegen, leichter die einzelnen Nerven zu isoliren resp. zu durchschneiden. Die Versuchsthiere wurden jedesmal vor der Operation und kurz vor der Tödtung, etwa 2—3 Monate nach der Operation, laryngoscopisch untersucht. Nach dem Tode wurden jedesmal alle Kehlkopfnerven sorgfältig präparirt, um ihre Durchschneidung zu constatiren und die Kehlkopfmuskulatur auf ihre Veränderungen untersucht.

Die Ergebnisse der Untersuchungen, die an 7 Hunden angestellt waren, sind folgende:

1. Die Mm. postici et crico-aryt. laterales wurden entschieden durch den Recurrens innervirt.

2. Die Mm. thyreo-aryt. internus et externus atrophiren vollkommen nach Durchschneidung des Recurrens der entsprechenden Seite. Bei einem jungen Hunde blieb das dem durchschnittenen Recurrens entsprechende Stimmband im Wachsthum bedeutend zurück, während das andere Stimmband sich normal entwickelte.

3. Die Mm. aryt. transversi werden gleichfalls vom Recurrens versorgt, da nach Durchschneidung desselben eine bald mehr bald weniger vollkommene Atrophie dieses Muskels beobachtet wurde.

4. Die Mm. crico-thyreoid. werden entschieden durch den Ram. extern. des N. laryng. sup. versorgt, denn die Durchschneidung dieses Astes und des Recurrens bedingten keine stärkere Atrophie dieses Muskels als die alleinige Durchschneidung des Ram. ext. nervi laryng. sup.

Die Atrophie dieses Muskels in dem von Türk beobachteten Falle, in welchem dieselbe nach einseitiger Lähmung des Recurrens eintrat, will Verf. durch die Functionslosigkeit desselben in Folge der Lähmung der anderen Muskeln dieser Seite erklären.

5. Hinsichtlich der Innervation der Mm. thyreo-et ary-epiglottici erlaubt sich Verf. noch kein Urtheil, da diese Muskeln bei Hunden sehr schwach entwickelt sind.

6. Der Musc. genio-epiglotticus, der bei Hunden sehr stark entwickelt ist, atrophirte nicht, selbst nach Durchschneidung des Nerv. laryng. sup., des Recurrens, des Ram. pharyng. nerv. vagi und des Ram. pharyng. nerv. hypoglossi. Deshalb hält Verf. die Frage über die Innervation dieses Muskels für noch offen.

Verf. macht danach auf die Unterschiede aufmerksam zwischen seinen Resultaten und denen von Exner und Mandelstamm und spricht die Vermuthung aus, ob die beiden genannten Autoren den entsprechenden Nerven auch vollkommen durchschnitten hätten (!).

Was endlich den Nerv. laryng. med. Exner's (vom Ram. pharyng. nervi vagi stammend) betrifft, so kann S. demselben keine so hohe Bedeutung zuschreiben, wie es Exner thut. Denn erstens genügt die Durchschneidung des Ram. ext. nervi laryng. sup. um etwa nach 2 Monaten eine deutlich ausgesprochene Atrophie des Mm. crico-thyreoid. zu erhalten, wurde ferner der Ram. ext. n. laryng. sup. durchschnitten und aus dem Ram. pharyng. nervi vagi der-

selben Seite gleich nach seinem Abgange aus dem Vagus ein etwa 4 Ctm. langes Stück resecirt, so wurde die nachfolgende Atrophie des M. crico-thyreoid. um nichts bedeutender gefunden, als nach alleiniger Durchschneidung des Ram. ext. nervi laryng. sup. LUNIN.

65) **Gouguenheim** und **Leval Picquechef** (Paris). **Anatomische und pathologische Studie der peritracheo-laryngealen Ganglien. (Etude anatomique et pathologique des ganglions péri-trachéo-laryngiens.)** *Annales des mal. de l'oreille, du larynx etc. No. 1. März 1884. — Académie de Médecine. 26. Februar 1884.*

Die Arbeit handelt von den zwischen dem unteren und hinteren Theile des Larynx, der Trachea und dem Oesophagus liegenden Lymphdrüsen, die in unmittelbarer Nachbarschaft zum Recurrens stehen. Von den bekannten Bronchialdrüsen ist nicht die Rede. Die Beschreibung wurde auf Grund von circa 20 normalen und pathologischen Präparaten gemacht. Letztere rührten, einen Fall von Carcinom ausgenommen, nur von tuberculösen Individuen her. — Die Lymphdrüsen bilden eine aus drei Drüsenhaufen bestehende Kette. Die Verff. unterscheiden eine untere Gruppe, die constante und grösste, die mit den Mediastinalganglien in Verbindung steht, eine mittlere Gruppe, die weniger constant und oft so klein ist, dass sie der Beobachtung entgeht und endlich die obere Gruppe, an der unteren und hinteren Partie des Kehlkopfes anliegend, häufig fehlend und sehr klein. Diese Gruppen von Lymphdrüsen nehmen oft ein bedeutendes Volumen an bei tuberculösen, cancerösen und vielleicht auch bei syphilitischen Individuen. Die Hypertrophie betrifft besonders die unterste und die oberste Gruppe und ist begleitet von Compressionszuständen des Recurrens, die sich in einem Spasmus glottidis äussern sollen. — Letztere Annahme begründen die Autoren damit, dass in einigen Fällen, wo mit dem Laryngoscop eine „Paralyse der Dilatatoren", die eigentlich ein „Spasmus glottidis" war, constatirt worden war, post mortem eine Anschwellung oben beschriebener Drüsenpakete gefunden wurde. Und auf diese Coincidenz hin glauben sie eine Theorie über die Aetiologie der bei tuberculösen Individuen mit scheinbar intactem Larynx auftretenden Motilitätsstörungen aufstellen zu dürfen. E. J. MOURE.

66) **Gordon Holmes** (London). **Die Physiologie der Stimmregister beim Manne und beim Weibe experimentell beleuchtet. (The physiology of the vocal registers in male and female experimenlally considered.)** *Medical Times. 11. April 1885.*

In einer äusserst fleissigen, gründlichen und interessanten Arbeit tritt H. vielen gang und gäben Anschauungen über die Verschiedenheiten des männlichen und weiblichen Kehlkopfs, die Natur und den Umfang der Register, die Einstellung der einzelnen Kehlkopftheile behufs der Erzeugung von Tönen verschiedener Stimmhöhe etc. entgegen. So wenig der Referent sich ein Urtheil über die Richtigkeit der aufgestellten Thesen erlauben kann und will, so steht er doch keinen Augenblick an, das Studium der mit ausgedehntester Literaturkenntniss und auf Grund zahlreicher laryngoscopischer Untersuchungen, anatomischer Zergliederungen und acustischer Experimente am todten Kehlkopf ver-

fassten Arbeit im Original als unerlässlich für jeden zu bezeichnen, der sich mit der Physiologie der Stimme befasst. Ein auszugsweises Referat würde von geringem Nutzen sein. Wir beschränken uns also darauf, die beiden Hauptsätze zu citiren, die das Schlussresultat der Untersuchungen des Verfassers bilden. Dieselben lauten:

1) Die physiologische Action des Kehlkopfs als stimmbildenden Organs ist beim Manne und Weibe identisch. Die Proportionen des Stimmumfangs, die bei einem Geschlecht durch Spannung oder Verkürzung der Stimmbänder erzielt werden, werden in ähnlicher Weise auch beim anderen gewonnen.

2) Von der tiefsten bis zur höchsten Note im Expansionsregister (Holmes bezeichnet mit gutem Grunde das „Brust"register als „Expansions"register, das „Falsett"register als „Contractions"register) erleiden die Stimmbänder eine leichte, progressive Verminderung ihres Dickenurchmessers; oberhalb dieses Punktes bleiben ihre Dimensionen constant bei einem Minimum in Dicke und einem Maximum in Länge. SEMON.

67) **A. Valentin** (Bern). **Geschichte und Physiologie der Bauchrednerei.** *Mittheil. der naturforschenden Gesellschaft in Bern. 3. Heft. No. 1092—1101. p. 8—10. Bern. 1885.*

V. giebt in einem kurzen Referat über die Vorstellung eines Bauchredners in der genannten Gesellschaft Folgendes an: Beim Phoniren der Vocale steht der Kehldeckel stark aufgerichtet, entgegen der von Grützner in Hermann's Handbuch der Physiologie (I. Band, 2. Hälfte) ausgesprochenen Vermuthung. Das Bild der Stimmbandstellung entspricht demjenigen eines mit Kopfstimme Singenden. Das Gaumensegel schliesst hohl nach oben an. Der Kiefer wird stark vorgeschoben. Die Mundhöhle ist kugelig geformt, die Mundöffnung rundlich, die Backen sind stark gespannt, so dass die Gestalt der Mundhöhle an die eines Helmholtz'schen Resonators erinnert. „Das Bauchreden wird also vermittelst schwacher, in ihrem Klange durch Mundhöhlenresonanz eigenthümlich veränderter Kopfstimme ausgeführt." Bauch und Zwerchfell nehmen nicht sichtbaren Antheil daran. JONQUIÈRE.

68) **N. Simanowski** (Petersburg). **Ueber functionelle Störungen der Stimme. Asynergia laryngis transitoria. (O functionalnich rastroistwach golosowowo apparata w periode nastuplenia polowoi srelosti.)** *Getschen klin. Gazeta. 1885. No. 16—19.*

Nach einer genauen anatomischen Beschreibung der Unterschiede zwischen dem ausgewachsenen und dem kindlichen Kehlkopfe kommt Verf. auf das eigentliche Thema zu sprechen. Nicht bei allen geht der Act des „Stimmwechsels" nach demselben Modus vor sich; Verf. unterscheidet 3 Arten dieses physiologischen Vorganges:

1. Die früher helle kindliche Stimme wird beim Beginne der Pubertätsperiode anfangs rauh, dann heiser, bisweilen vollkommen aphonisch. Die Aphonie resp. Heiserkeit schwinden allmälig und anstatt mit der früheren Kinderstimme spricht der Knabe mit einer männlichen Stimme. Dieser Process kann 1—3 Monate dauern.

2. In anderen Fällen versagt plötzlich die Kinderstimme beim Singen oder Lesen und statt ihrer hört man tiefe, fast immer rauhe, mitunter bellende Töne. Dieser Wechsel in der Höhe der Stimme wird immer häufiger und häufiger, bis endlich die Kinderstimme definitiv einer männlichen Stimme Platz macht.

3. In einer 3. Gruppe von Fällen geht die Veränderung der Stimme ganz allmälig und kaum merklich vor sich.

Mit der Veränderung der Stimme bemerkt man, wie die Knorpel des Kehlkopfes schnell an Grösse zunehmen. Tritt bei schwächlichen Kindern die Geschlechtsreife sehr spät ein, so verzögern sich auch die Veränderungen im Stimmorgan. In einigen Fällen bleibt aber trotz sonst normaler Entwickelung, die Entwickelung der Stimme bedeutend zurück. Die Stimme verliert ihre frühere Klangfarbe, jedoch wird die Umwandlung der Stimme gleichsam gehemmt und statt mit einer männlichen, spricht Pat. mit einer Stimme, die den Charakter eines Falsettones an sich trägt. Solche Individuen sind nicht im Stande, laut zu sprechen und klagen oft über Ermüdung beim Sprechen. Diese Fälle rechnet S. zu den pathologischen und sieht den Grund dazu in einer nicht ganz normalen Entwickelung der Kehlkopfknorpel resp. -Muskeln oder endlich darin, dass die normal entwickelten Muskeln es noch nicht gelernt haben, den neuen Verhältnissen entsprechend, einzeln oder zusammen zu wirken, so dass es sich also um eine Art Störung der Coordination handelt. Laryngoscopirt man solche Kranke, so findet man ausser der gewöhnlichen Röthung der Schleimhaut, häufig eine Insufficienz einzelner Muskeln, z. B. der Mm. Thyreo-aryt., der Arytaen. transversi etc. Die schnelle Ermüdung beim Sprechen, über welche die Pat. klagen, will S. durch die stärkere Anstrengung erklären, die sie machen müssen, um einigermassen vernehmlich sprechen zu können. Durch diese stärkeren Anstrengungen, die die Pat. machen, um die paretischen Muskeln zur Contraction zu bringen, können die gesunden Kehlkopfmuskeln leicht in eine Art spasmodischer Contraction gebracht werden und so ein weiteres Moment zur Veränderung der Stimme abgeben.

Zum Schluss führt Verf. einige Krankengeschichten an. 1. Ein 17jähriger Knabe litt seit etwa einem Jahre an schwacher Stimme. Für gewöhnlich konnte er nur mit einer Fistelstimme sprechen und bisweilen war er ganz aphonisch. Wollte er laut sprechen, so musste er nach jedem Worte resp. nach einigen Silben von Neuem Athem holen. Hin und wieder mischten sich beim gewöhnlichen Sprechen zwischen die Fisteltöne einige tiefere Basstöne. Nach etwas längerem Sprechen trat vollkommene Aphonie ein, die jedoch bald wieder schwand.

Pat. war sonst vollkommen gesund; der Kehlkopf war von entsprechender Grösse. Laryngoscopischer Befund: Durchfeuchtung und Röthung der Schleimhaut, besonders der Stimmbänder. Beim Phoniren berühren sich die Stimmbänder auf einen Augenblick, weichen dann auseinander und dieses Spiel wiederholt sich mehrere Male, bis sie endlich eine Ruhestellung einnehmen, in der die Stimmritze eine Eiform zeigt. Beim Hervorbringen tieferer Noten verweilen die Stimmbänder etwas längere Zeit in der normalen Lage. Die Pars cort. bleibt beim Phoniren stets geschlossen. Verf. glaubte es hier mit einer Coordinationsstörung der Mm. thyreo-arytaenoidei int. et ext. und der Mm. crico-thyreoid. zu thun zu haben und führt als Grund dafür an, dass bei einem tiefen Register Pat. seine

Stimmbänder gut spannen (?) konnte und besser sprach, sobald man versuchte von aussen den Schildknorpel nach vorn und unten zu verschieben.

Die Therapie bestand in der Gymnastik der Kehlkopfmuskeln nach der Angabe Fournié's. In einigen Wochen lernte Pat. gut sprechen und aus der früheren Fistelstimme hatte sich ein Baryton entwickelt.

2. Beim zweiten Patienten, 19 Jahr alt, dauerte die Sprachstörung schon 2 Jahre; Pat. sprach mit einer Fistelstimme, die dabei noch sehr leicht heiser wurde. Pat. war sehr schwächlich, im Uebrigen aber gesund. Laryngoscopischer Befund: Durchfeuchtung und dunkle Röthung der Larynxschleimhaut, besonders der Stimmbänder. Der linke Aryknorpel steht etwas nach vorn und innen, was besonders beim Phoniren hervortritt. Ausserdem sieht man beim Phoniren zwischen dem hinteren Drittel der Stimmbänder und den Aryknorpeln einen nach rechts ausgezogenen dreieckigen Raum, dessen Basis zwischen den beiden Aryknorpeln liegt. S. erklärte das für eine Functionsstörung der Mm. arytaenoidei transversi in Verbindung mit einer schwachen Parese des entsprechenden Musc. crico-aryt. lateral. Die Therapie bestand in derselben Gymnastik des Kehlkopfes und der Erfolg war ein glänzender, da Pat. schon nach einigen Tagen mit einer Bassstimme lesen und sprechen konnte. Mit dem Laryngoscop sah man die Muskeln des Kehlkopfes ganz normal functioniren; der Catarrh hatte sich fürs erste nicht geändert.

In einem dritten Falle bei einem 19 Jahr alten jungen Manne bestand eine ähnliche Störung schon seit 7 Jahren und weder Aetzungen noch Electricität hatten geholfen, während die methodische Gymnastik der Kehlkopfmuskeln nach einer Woche schon zum Ziele führte. LUNIN.

69) F. W. Hinkel. **Heiserkeit und Stimmverlust. (Hoarseness and loss of voice.)** *N.-Y. Med. Journal. 18. April 1885.*

Verf. bespricht ausführlich die verschiedenen und mannigfaltigen intralaryngealen Ursachen, welche obige Symptome erzeugen können, nämlich Laryngitis in ihren verschiedenen Graden, Larynxphthise, Neoplasmen benigner und maligner Natur und Paralysen. Hierauf beschreibt er deren Behandlung.

Der Artikel bringt jedoch keine neuen Gesichtspunkte. LEFFERTS.

70) Theodor Hering (Warschau). **Ein Beitrag zur Lehre von den sogen. catarrhalischen (erosiven) Geschwüren und ihrem Verhältniss zur Tuberculose des Larynx. (Przyczynek do nauki o. t. z. nadziareiach mezytowych i ich stosvvku do gruzlicy kitani.** Separat-Abdruck aus der zur 25jährigen Lehrthätigkeit des Herrn Prof. Hoyer in Warschau publicirten Festschrift. 1884. Verlag der Gazeta lekarska.

Auf 10 persönliche Beobachtungen sich stützend, versucht H. zu beweisen, dass die sogen. catarrhalischen Geschwüre im Larynx (Virchow's „erosive Geschwüre") beim chronischen Catarrh in der Rimula und an den Processus vocales auftreten, sich längere Zeit fortschleppen, endlich ausheilen können und mit der Larynxtuberculose in keinem Zusammenhange sich befinden. H. fand sie in 10 Fällen, ausschliesslich bei Männern, im Alter zwischen dem 20. und 40. Jahre.

Sie wurden 6mal an beiden Processus vocales, 4mal einseitig constatirt. Dreimal ergab die Untersuchung einen suspecten Spitzencatarrh, dennoch kamen die Geschwüre zur Heilung. Bei 5 Kranken hatte das Leiden mit Pharynxcatarrh begonnen. Die Dauer der Erkrankung betrug 11 Tage bis 3 Monate, im Durchschnitt 4—6 Wochen. — In allen Fällen wurde Erkältung oder Abusus der Stimme als Ursache des Leidens angegeben. H. bringt unter anderen auch seine eigene Krankengeschichte und den Befund der laryngoscopischen Untersuchung, den er längere Zeit (3 Monate) an sich selbst anzustellen Gelegenheit hatte.

Auch in diesem Falle begann die Krankheit nach Erkältung, mit einem granulösen Pharynxcatarrh, ging auf die Pars arytaenoidea über und kam es in Folge von Ueberanstrengung der Stimme, zur Bildung von zwei länglich runden, etwas vertieften, mit erhobenen entzündlichem Wall umgebenen, 4—5 Mm. langen Substanzverlusten. Die übrige Larynxschleimhaut war wenig afficirt. Eine später sich entwickelnde Bronchitis, mit heftigem Husten verbunden, verschlimmerte den Zustand und hatte Schwellung und Trübung der Mucosa zwischen den Aryknorpeln zur Folge. Unter den Symptomen schildert V. Heiserkeit, leichte Ermüdung der Stimme, heftige Hustenparoxysmen mit spärlichem Auswurf, der manchmal mit Blutstreifen untermengt war.

Einige Mal wurde leichte Parese des wahren Stimmbandes constatirt, die später nach Heilung der Erosionen von selbst wich. Plethora abdominalis war in zwei Fällen beobachtet und scheint, wenn therapeutisch unberücksichtigt, die Heilung zu verzögern. Locale Therapie wurde einmal versucht, erwies sich als schädlich. Absolutes Schweigen, Inhalationen von Wasserdämpfen (mit Salmiak), bei starkem Hustenreiz Morphin, Meidung aller die Schleimhaut reizenden Momente genügten um die Heilung herbeizuführen.

Als Causalmoment zur Entstehung der Erosionen auf den Processus vocales betrachtet H. den Druck den bei Anstrengungen der Stimme die beiden Knorpel auf die entzündete, geröthete und geschwollene Schleimhaut ausüben. V. ist geneigt (gegen Heinze) derartige Zustände als Decubitusgeschwüre aufzufassen, wenigstens bei länger dauerndem Verlauf. Ein Zusammenhang mit Larynxtuberculose konnte in diesen 10 Fällen nicht constatirt werden. Heilung (relativ in kurzer Zeit) erfolgte auch in den 3 Fällen die mit Spitzencatarrh combinirt waren. Aus dem Spiegelbilde glaubt V. sich nicht berechtigt, in allen Fällen mit positiver Sicherheit die differenzielle Diagnose zu stellen, wenn nicht andere Befunde (Koch'sche Bacillen, ausgesprochenes Lungenleiden) die Diagnose stützen. Zur Bekräftigung dieses Satzes führt V. an, dass die in seinem Larynx existirenden Erosionen von einigen Fachgenossen als tuberculöse aufgefasst worden sind, trotz dem Mangel jeder ernstlichen Veränderung in den Lungen. Diese pessimistische Auffassung hat sich zum Glück für den V. nicht bewährt und ist für ihn nur ein Beweis, wie vorsichtig man in der Prognose der erosiven Geschwüre des Larynx sein muss, da nur eine längere Beobachtung den Sachverhalt definitiv entscheiden kann. AUTOREFERAT.

71) **Boecker** (Berlin). **Gangränöse Phlegmone des Larynx.** *Deutsche med. Wochenschrift p. 444. 1884.*

B. demonstrirte im Verein für innere Medicin einen 44 Jahr alten Mann, dem

er gangränöse Fetzen der linken ary-epiglottischen Falte extrahirt hatte. Die Gangrän war anscheinend die Folge einer Phlegmone. Bei der Demonstration zeigten sich noch zwei Geschwüre, eins an der ary-epiglottischen Falte, eins im Sinus pyriformis. Perichondritis arytaenoidea war nicht vorhanden.

B. FRAENKEL.

72) **J. W. Gleitsmann. Kehlkopfblutung. (Laryngeal haemorrhage.)** *Amer. Journal Med. Soc. April 1885.*

Eine sehr erschöpfende Abhandlung, die auch darum sehr werthvoll ist, weil sie in dem Literaturverzeichniss die Mehrheit aller veröffentlichten Fälle enthält. Der Autor kommt darin zu dem Schluss, dass man, da der Ausdruck Kehlkopfblutung auf eine Reihe sehr verschiedener Processe anwendbar ist, den Namen Laryngitis hämorrhagica für diejenigen Blutergüsse beibehalten solle, welche auf die freie Oberfläche oder unter das Schleimhautepithel statthaben, einen so zu sagen idiopathischen Character tragen und weder durch eine Constitutionsanomalie, noch durch ein Trauma bedingt sind.

Einen Fall dieser Art hatte er vor Kurzem Gelegenheit zu beobachten. Pat., ein Mann von 25 Jahren, hatte folgende Anamnese: Er erkrankte zuerst mit Heiserkeit, die innerhalb einer Woche allmälig zu completer Aphonie wurde, welche zwei Tage anhielt. Zu derselben Zeit trat Dyspnoë auf, welche Morgens und Abends stärker war, als den Tag über. Vier Tage später, am 23. November 1884, dreizehn Tage nach dem Anfall, warf er zum ersten Mal Blut aus, als er sich zu Tisch setzte. Es war weder eine ungewöhnliche Anstrengung noch Aufregung der Blutung voraufgegangen, welche weder dieses Mal noch später durch Husten hervorgerufen worden war und, mit einer Ausnahme, immer zu derselben Stunde auftrat. Der Blutverlust war stets mässig und betrug ungefähr einen halben Theelöffel voll. Einen Tag nach der zweiten Blutung suchte er ärztliche Hülfe auf.

Die physicalische Untersuchung der Brust und der übrigen Organe ergab nichts Abnormes. Das Laryngoscop constatirte die Symptome eines intensiven Catarrhs, röthlich-graue Verfärbung der Stimmbänder und allgemeine Congestion und Turgescenz der Schleimhaut, insbesondere der Taschenbänder, welche dadurch die Inspection der Stimmbänder sehr erschwerten. An der Grenze des vorderen und mittleren Drittels des linken Stimmbandes befand sich eine blutende Stelle von der Grösse eines Stecknadelknopfes, wo man das Blut hervorrieseln sehen konnte, nachdem man es mit einem Watteträger abgewischt hatte. Schwarze Coagula zeigten sich am ganzen freien Rande und ebenso unterhalb des linken Stimmbandes.

Am folgenden Tage wuchs die Dyspnoë, ohne dass seit dem vorigen Tage Blut ausgeworfen worden wäre. Der grösste Theil beider Taschenbänder war mit sehr adhärenten Blutkrusten bedeckt und hatte dasselbe Aussehen, wie das linke Stimmband am vorhergehenden Tage. Dieses Bild zeigte sich auf der Acme der Krankheit, seitdem waren die Symptome weniger schwer.

Um sich zu vergewissern, in welchem Verhältniss die Zahl der veröffentlichten Fälle zu den beobachteten stehen, schickte G. 57 Circulare an die Laryngologen der Vereinigten Staaten. Er erachtete es auch für wünschenswerth, die Meinungen der Collegen über die mögliche Verwandtschaft zwischen Kehlkopf-

blutungen und Lungenphthise kennen zu lernen. Auf seine Anfragen erhielt er 25 Antworten. Zwölf Beobachter hatten keine derartigen Fälle gesehen und von den übrigen 13, welche sich in affirmativem Sinne aussprachen, hatten acht specielle Daten gegeben. Zwei von diesen sind bereits berichtet (Smith, Ingals); die anderen sechs (Knight, Seiler, Tauber, Lefferts, Morgan, Simrock) machten Mittheilungen über 22 Fälle von Kehlkopfblutungen auf die Schleimhautoberfläche an den verschiedensten Stellen des Kehlkopfs. Diejenigen traumatischen oder dyscrasischen Ursprungs sind dabei nicht eingerechnet. Nur drei von diesen Patienten wurden später phthisisch; einer 6, der andere 8 Monate nach der Larynxblutung. Im Allgemeinen lauteten die Antworten dahin, dass die Larynxblutung nur ausnahmsweise ein Vorläufer der Phthisis sei. Die gelieferten Daten bestätigen ferner die in der Abhandlung geäusserte Ansicht des Verf., dass manche, wenn nicht gar die Majorität der Fälle, nicht publicirt wird, und dass die Larynxblutungen keineswegs so selten angetroffen werden, wie man allgemein annimmt. LEFFERTS.

73) **E. C. Morgan. Submucöse Larynxblutung. (Sub-mucous laryngeal haemorrhage.)** *N.-Y. Med. Record. 21. März 1885.*

Morgan theilt folgenden Fall mit: Ein gesunder kräftiger Sänger von 36 Jahren kam eilends aus der Oper mit der Angabe, dass, während er eine Partie seiner Rolle einübte, welche einen kräftigen Ton und starke Anstrengung erforderte, seine Stimme, die sonst in vorzüglicher Verfassung war, plötzlich versagte. Als er das Garderobezimmer des Theaters erreicht hatte, wurde er von krampfhaftem Husten befallen und warf darauf eine Quantität Blut aus. Obwohl die Blutung nicht copiös war, so hatte sie doch eine Stunde angehalten, ehe er Hilfe suchte. Während er diese Angaben machte, wurde er zeitweilig von leichtem Husten, Räuspern im Halse und Blutauswurf gestört.

Das Laryngoscop ergab, dass das linke Taschen- und beide Stimmbänder in Blut gebadet waren. Als man jedoch den Larynx mit einer Solution von Alum. 0,6 : 30,0 Aqu. besprüht hatte, entdeckte man, dass die Blutung von einer Stelle des linken Taschenbandes nahe der Mitte ausging. Am anderen Morgen konnte er nur mit Mühe sprechen, die Blutung hatte aufgehört, aber an dem Sitze der voraufgegangenen Blutung sass ein festes Blutgerinnsel. Dabei war die Beweglichkeit des Larynx auf der linken Seite gestört, die Stimmbänder konnten sich nicht nähern, es zeigten sich Schlingbeschwerden und etwas Dyspnoë. Das Coagulum blieb bis zum dritten Tage in situ, wo eine völlige Zersetzung eintrat, und die laryngoscopische Untersuchung das Factum feststellte, dass eine Blutextravasation in das submucöse Gewebe des linken Taschenbandes stattgefunden habe.

Dieser Zustand der Ecchymosis (sit venia verbo) dauerte mehrere Wochen an und war noch nicht ganz geschwunden, als Patient das letzte Mal, und zwar 14 Tage nach dem Unfall, untersucht wurde. Um diese Zeit hatte er jedoch seine natürliche Sprache wiedererlangt, und die Beweglichkeit der Stimmbänder war anscheinend normal. Erst nach 3 Monaten konnte er wieder seine Stelle in dem Programm ausfüllen.

In mancher Beziehung ähnliche Fälle dieser Art sind veröffentlicht von Sommerbrodt*), Schnitzler**), B. Fraenkel***), Hartmann†) u. A.

LEFFERTS.

74) **F. Massei** (Neapel). **Erysipel des Kehlkopfs. (Eresipela della laringe.)** *Rivista clinica e terapeutica. Anno VII. No. 1. 1885.*

Massei sucht an der Hand von 13 Beobachtungen zu zeigen, dass das sogenannte primäre Larynxödem oder die phlegmonöse Laryngitis klinisch einer Localisation des Erysipels im Kehlkopf entspricht.

Die objectiven Zeichen der Erkrankung sind die einer beträchtlichen Schwellung, die, von der Epiglottis ausgehend, die Lig. ary-epiglottica und die Mucosa interaryt. befällt und Dysphagie, Dyspnoë und Beeinträchtigung der Stimme bedingt. Der Beginn ist ein plötzlicher. Das Laryngoscop zeigt eine colossale Schwellung, die den Einblick in den Kehlkopf verwehrt. Die Schleimhaut ist geröthet. Bisweilen reisst sie ein, und es entleert sich Eiter und Blut. Manchmal wandert die Schwellung; während sie auf der einen Seite abnimmt, etablirt sie sich innerhalb weniger Stunden auf der anderen. Der Ausgang ist entweder Genesung oder Tod durch Erstickung oder Pneumonie.

M. führt die Erkrankung aus folgenden Gründen auf Erysipel zurück:

1. Die rapide Entwicklung und die Tendenz zum Wandern, sowie die Vorliebe für die Partien, in welchen das Lymphnetz am entwickeltsten ist.

2. Das Fieber und sein ganz dem Fieber bei Erysipel entsprechender Cyclus.

3. Der atypische, von dem wandernden Charakter der Affection abhängende Verlauf.

4. Das Uebergreifen des Processes auf die Lunge und schliesslich das ätiologische Moment des gruppenweisen Auftretens der Erkrankung. (Der Nachweis der Erysipelcoccen scheint nicht versucht worden zu sein. Ref.)

Die Schlüsse, die M. aus seinen Beobochtungen zieht, sind folgende:

1. Es giebt ein primäres Kehlkopferysipel.

2. Viele als primäres Kehlkopfödem beschriebene Fälle sind Fälle von Kehlkopferysipel, und dieses ist demnach viel häufiger, als man gewöhnlich glaubt.

3. Es giebt 2 Formen: bei der einen überwiegen die localen Erscheinungen die allgemeinen, bei der anderen beherrschen die letzteren die Scene.

4. Die beste Behandlungsmethode besteht in Anwendung von Kälte in Verbindung mit Ableitung auf den Darm, in Scarificationen und schliesslich, wenn Erstickung droht, in der Tracheotomie.

KURZ.

75) **H. D. Palmer. Leberthran und Kalkwasser bei Verbrühungen des Halses. (Cod liver oil and lime water in scalded throat.)** *The Practitioner. April 1885.*

P. rettete ein dreijähriges Kind, das aus der Schnauze des Theekessels siedendes Wasser getrunken hatte, und das er collabirt und livid vorfand, indem er

*) Berliner klinische Wochenschrift. No. 13. 1878. S. 175.
**) Wiener med. Presse. No. 28—31. 1880.
***) Berliner klinische Wochenschrift. No. 2. 1874. S. 18.
†) St. Louis Medical and Surgical Journal. No. 6. 1879.

es stündlich mit Leberthran und Kalkwasser in gleichen Theilen mittelst eines Theelöffels füttern liess. Später wurde auch Milch gereicht, und die Quantität des Leberthrans und Kalkwassers allmälig vermindert. Vom ersten Augenblick an übte diese Methode einen merkwürdig schmerzstillenden Einfluss aus. Das Kind genas schliesslich vollständig. SEMON.

76) **Guaita** (Milano). **Glottiskrampf. (Spasmo della glottide.)** *Archivii di Patologia infantile. Novembre 1884. p. 269.*

Verf. erklärt den Spasmus glottidis auf Grund der von ihm beobachteten Fälle (bei Rachitis, Anämie, Hydrocephalus, acutem Rachen- und Kehlkopfcatarrh, Bronchialdrüsenschwellung, Dentition) für eine Reflexneurose und empfiehlt Beruhigungs- und Abführmittel.

Der Aufsatz ist ohne laryngologisches Interesse. KURZ.

77) **P. Massucci** (Neapel). **Toxische Lähmung der Larynxnerven. (Paralisi tossica dei nervi laringei.)** *Revista clinica e terapeutica. Fasc. 4. 1884.*

M. erzählt zwei Fälle von Stimmbandlähmung, einen nach Vergiftung mit Belladonna und einen nach Vergiftung mit Belladonna und Morphium. Im letzteren bestand ausser der Lähmung auch Anästhesie des Kehlkopfs. M. schliesst hieraus, dass Belladonna und Morphium, in hohen Dosen dem Organismus einverleibt, Lähmung der Kehlkopfnerven hervorruft, und zwar Belladonna Lähmung des Laryngeus inferior (während der superior wenig oder nicht alterirt wird), Morphium dagegen Lähmung des letzteren. KURZ.

f. Oesophagus.

78) **S. J. Meltzer** (New-York). **Zu den Schluckgeräuschen.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 29. S. 447. 1884.*

Im physiologischen Laboratorium der Berliner Universität sind unter Kronecker's Leitung eine Reihe von Arbeiten entstanden, die unsere Auffassung vom Schluckact auf eine durchaus neue Basis gestellt haben. Zunächst wies Falk (Du Bois-Reymond's Archiv, 1880, S. 296) nach, dass die Schluckbewegung in einem Act erfolge, indem ein Schluck (Flüssigkeit oder breiige Masse) beliebig lange in der Mundhöhle an der Zungenwurzel gehalten werden kann und nach Auslösung der Schluckbewegung mit grosser Geschwindigkeit unter relativ hohem Druck bis gegen den Magen hin geschleudert wird. Nach Meltzer's Untersuchungen (ibid. p. 298) sind es wesentlich die Musculi mylohyoidei, welche das Hinabspritzen des Schlucks besorgen. Der Schluckmechanismus beginnt, wenn durch Reizung der Rachenwand die Schluckmusculatur reflectorisch innervirt worden ist. Von da ab ist der Ablauf nicht mehr willkürlich. Nach Meltzer's Messungen gelangt beim Schlucken ein Schluck Wasser in weniger als 0,1 Secunde vom Munde bis zur Cardia. Dieser Schluckbewegung folgt eine peristaltische Welle, welche von oben anfangend ungefähr 6 Secunden nach dem Schluckbeginne den über der Cardia liegenden untersten Oesophagusabschnitt zur Contraction bringt und den hierher gespritzten Bissen in den Magen treibt. (Cf. H. Kronecker,

Die Schluckbewegung. Besondere Beilage zur Deutsch. Medic. Wochenschr., 1884, No. 17, 18 u. folg.)

Von diesen physiologischen Thatsachen aus hat Meltzer durch die Auscultation die Vorgänge am Magen weiter verfolgt. (Centralbl. f. d. medic. Wissenschaften, 1883, No. 1.) Er unterscheidet zwei Geräusche. Das zweite oder Durchpressgeräusch wird am deutlichsten im Winkel gehört, der vom linken Rippenbogen und dem Processus xiphoideus gebildet wird. Dasselbe wird bei leerem Magen niemals vermisst und findet sich 6 Secunden nach dem Schluckbeginn.

Aehnlich diesem Geräusch sind Pylorusgeräusche und das Geräusch beim Aufstossen. Im Gegensatz zu diesem zweiten Schluckgeräusch, welches normaler Weise regelmässig vorhanden ist, steht das erste mit dem Schluckbeginn fast identisch auftretende Geräusch, welches Meltzer Durchspritzgeräusch nennt und sehr selten bei normalen Menschen, häufig aber bei Phthisikern, die leicht brechen, und Constitutionell-Syphylitischen gehört hat.

Durch einen Vortrag von Prof. C. A. Ewald in der Berliner Medicinischen Gesellschaft (Berl. Klin. Wochenschr., 1883, No. 52 und 1884 No. 1 und 3) und die daran sich anschliessende Discussion (ibid. 1884, p. 11 und 12) einerseits und eine Arbeit von W. Zenker andererseits (cf. Berl. Klin. Wochenschr., 1884, No. 38), waren theils Widersprüche, theils Bestätigungen in Bezug auf die Meltzerschen Beobachtungen der Schluckgeräusche publicirt worden. Eine Besprechung derselben bildet den Gegenstand der in der Ueberschrift genannten Arbeit.

In der Discussion in der Berliner Medicinischen Gesellschaft hatten B. Fränkel und Eulenburg die Beobachtung erwähnt, dass bei Oesophaguslähmung das zweite Geräusch sehr verspätet zu hören sei. Meltzer führt dies zum Theil, z. B. bei Bulbärparalyse, auf einen verspäteten Ablauf der centralen Erregung zurück.

B. FRAENKEL.

79) **P. Ostermaier. Zahnpièce in der Speiseröhre. Extraction.** *Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 36. S. 157. December 1884.*

Eine 5 Ctm. breite, 3 Ctm. lange Zahnpièce, welche sich 26 Ctm. tief von den Schneidezähnen ausgerechnet 11 Wochen lang im Oesophagus befunden hatte, wurde nach wiederholten vergeblichen Versuchen endlich mit dem Münzenfänger extrahirt, nachdem die anfangs ziemlich horizontal stehende Platte mehr vertical gestellt worden war.

SCHECH.

80) **Hallez. Ein Stahlkranz im Gewichte von 20 Grm., verschluckt von einem 6½jährigen Kinde. (Chapelet en acier du poid de 20 grammes avalé par un enfant de 6 ans et demi.)** *Bullet. méd. du Nord. No. 3. März 1884.*

Der Fremdkörper verweilte im Magen ohne respiratorische Störungen zu verursachen. Der Verf. betont die gastro-intestinalen Erscheinungen, welche darauf auftraten.

E. J. MOURE.

81) **F. Howell. Bericht über eine erfolgreich ausgeführte Oesophagotomie behufs Extraction eines silbernen 50-Centstücks mit Angabe derjenigen Umstände, unter welchen die Operation zulässig ist. (Report of a successful case of**

oesophagotomy for the extraction of a silver fifty-cent piece, with suggestions as to the conditions under which the operation is justifiable.) *Transactions Med. Soc. West. Virgina Wheeling. 1884. XVII. p. 104.*

Der Autor fasst seine Ansichten in Rücksicht auf die Zweckmässigkeit der Operation, wie folgt, zusammen:

1. Wenn ein Fremdkörper im Cervicaltheil des Oesophagus festsitzt und einem passenden Versuch zu seiner Extraction oder Lockerung Widerstand leistet, so soll sofort seine Entfernung mittelst Incision vorgenommen werden.

2. Wenn ein Fremdkörper sich im Oesophagus, ungefähr eine Fingerlänge unterhalb des oberen Endes des Sternum festgesetzt hat und einem kräftigen Versuch zu seiner Extraction Widerstand leistet, so greift auch hier die obige Regel Platz.

3. Wenn ein Fremdkörper sich oberhalb, oder im äussersten Falle selbst in der Cardia festgesetzt hat, seine Lage, seine Gestalt etc. bekannt sind, und er nicht ohne Gefahr seinen Weg nach aussen nehmen kann, oder wenn er durch Ulceration gelockert ist und weiter wandert, dann soll seine Extraction durch eine Operation versucht werden. LEFFERTS.

82) **W. Pepper. Traumatische Strictur des Oesophagus. (Traumatic stricture of the oesophagus.)** *Atlantic Journal of Med. Soc. Sept. 1884.*

Die Strictur befand sich etwa 39 Ctm. unterhalb der Zahnreihe, war sehr fest und traumatischer Natur. (Die Verletzung des Oesophagus war durch die Spitze eines verschluckten Knochens bewirkt worden, wozu eine Ulceration hinzugetreten war.) Die Therapie bestand in Dilatation und war von gutem Erfolge. (Pat. nahm in 7 Wochen 8 Kgrm. zu und, während er früher unfähig war, Flüssigkeiten zu schlucken, konnte er jetzt breiige Speisen geniessen.) LEFFERTS.

83) **G. M. Foy** (Dublin). **Oesophagusstrictur. (Oesophageal stricture.)** *Med. Press & Circular. 15. October 1884.*

Strictur unmittelbar unterhalb eines sackförmigen Diverticulums, die durch methodische Bougirung geheilt wurde. Die Aetiologie des Falles ist dunkel. Die Patientin, ein 20jähriges Mädchen, hatte angeblich bereits seit ihrer Kindheit an Schlingbeschwerden gelitten. Der Verf. hat zwei ähnliche Fälle bei weiblichen Patienten gesehen, und ist geneigt, die Entstehung des Divertikels und der Strictur dem Schlingen ungenügend gekauter Bissen zur Last zu legen. SEMON.

84) **E. Wagner** (Leipzig). **Strictur des Oesophagus.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 25. S. 399. 1884.*

Demonstration eines Präparats von Oesophagusstrictur nach Verschlucken von Aetzkalilösung in der medicin. Gesellschaft zu Leipzig. B. FRAENKEL.

85) **Charters Symonds** (London). **Maligne Strictur des Oesophagus. (Malignant stricture of the oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 31. Januar 1885.*

S. demonstrirte vor der Londoner Clinical Society am 23. Januar 1885 eine neue Form von permanentem Oesophaguscatheter, sowie einen an Oesophaguskrebs

leidenden Patienten, der mittelst des Instruments seit dem 15. Juli 1884 in durchaus comfortabler Weise am Leben erhalten worden war! — Der aus Gummi angefertigte Catheter, dessen unteres Ende in der gewöhnlichen Weise seitliche Augen trägt, läuft oben in einen kleinen Trichter aus, so dass er wohl fast seiner ganzen Länge (15 Ctm.) nach durch die Strictur durchgeführt werden kann, dass aber das trichterförmige, ca. 1,2—2 Ctm. im Durchmesser haltende obere Ende es verhindert, dass er ganz durch die Strictur hindurchschlüpft. Ein Faden am Trichterende, der aus dem Munde des Pat. herausgeführt, und um ein Ohr geschlungen wird, ermöglicht es, den Catheter jederzeit zu entfernen, doch scheint eine solche Entfernung nur alle 2—3 Wochen nothwendig zu sein. Dem Pat. macht der Catheter nicht die geringste Beschwerde und er schluckt Flüssigkeiten mit Leichtigkeit. — S. war (mit Recht, Ref.) der Ansicht, dass man durch frühzeitige Adoption dieser Methode oft in der Lage sein werde, die Gastrotomie zu vermeiden. Fraglich sei es nur, ob es möglich sein werde, sie im Fall hochsitzender, resp. den Larynx involvirender Carcinome zu verwenden. — Mr. Durham unterstützte nach eigner Erfahrung die Empfehlung des Vortragenden; Mr. Berry hat in Fällen hochsitzender Carcinome weiche biegsame Catheter mit Erfolg verwandt. (S. folgendes Referat.)

Das augenscheinlich sehr nützliche und einfache kleine Instrument wird von den Messrs. Down, Brothers, St. Thomas' Street, S. E., London verfertigt.

SEMON.

86) James Berry (London). **Ueber die Behandlung krebsiger Oesophagusstricturen mit Eisenbahn-Cathetern und weichen Gummischläuchen. (On the treatment of cancerous stricture of the oesophagus by means of railway catheters and soft india-rubber tubes.)** *St. Bartholomew's Hospital Reports. Vol. XX. 1884. pp. 45—59.* Smith Elder & Co. London.

Der Verf. empfiehlt eine Modification des Krishaber'schen Bougie-à-demeure-Verfahrens. Er führt einen weichen, oben und unten offenen Catheter, resp. Schlauch, der über eine Catgut-Bougie gestreift ist, durch die Strictur hindurch und zieht die Bougie zurück, während der Catheter in der verengten Stelle verbleibt. Wird eine Erneuerung des Catheters nöthig, so wird zuerst die Caoutchoucbougie wieder durch den Catheter eingeführt, dann letzterer über die vorläufig in situ belassene Bougie zurückgestreift, und nun ein neuer weicher Catheter über die Bougie vorgeschoben, während sich dieselbe in der stricturirten Stelle befindet. Dies soll durchaus nicht so schwierig sein, wie man theoretisch annehmen würde (? Ref.). Das Characteristicum der Methode, über deren Details das Original nachgelesen werden mag, besteht also darin, dass sich zu jeder Zeit eine leitende Röhre innerhalb der Strictur befindet, so dass das Anlegen einer „fausse route" unmöglich wird. (Der Gedanke ist recht hübsch, doch dürfte sich die Symonds'sche Methode — vergl. das vorhergehende Referat — als einfacher und practischer erweisen. Ref.) Die Arbeit ist durch mehrere einschlägige Fälle illustrirt.

SEMON.

87) R. Saundby (Birmingham). **Krebsige Oesophagusstrictur. (Cancerous stricture of the oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 1884.*

S. zeigte am 28. November 1884 vor der Birmingham and Midland Counties

Branch der British Medical Association ein Präparat von Oesophaguskrebs. Beide Recurrentes waren in die krebsige Masse eingebettet und während des Lebens war Paralyse beider Stimmbänder constatirt worden und der Patient aphonisch gewesen. (Ueber die Entwickelung der Paralyse ist nichts gesagt.) Der Kranke starb wenige Tage nach der Aufnahme an disseminirter Pneumonie, die, wie der Vortragende meinte, die Folge des Eindringens von Speisetheilen in die tieferen Luftwege durch die schliessungsunfähige Glottis war. SEMON.

88) **W. Cayley** (London). **Carcinom des Oesophagus und Magens, das sich durch die Milz in eine Lungencaverne erstreckte. (Malignant disease of oesophagus and stomach passing through the spleen into a pulmonary cavity.)** *Brit. Med. Journal. 15. November 1884.*

Das Specimen wurde beim Meeting der Royal Medical and Chirurgical Society am 11. November gezeigt. Die Punkte von Interesse sind im Titel gegeben. Erwähnt mag nur noch werden, dass beim Trinken des Patienten über der Caverne das Schluckgeräusch gehört werden konnte, und dass beim Anstechen der Caverne mittelst eines Troicarts eine grosse Quantität gangränösen Materials aus derselben entfernt wurde. SEMON.

89) **T. Whitehead Reid** (Canterbury). **Gastrostomie bei Oesophaguskrebs. (Gastrostomy in malignant disease of the oesophagus.)** *St. Bartholomew's Hosp. Reports. Vol. XX. 1884. pp. 117—123.* Smith Elder & Co. London.

Ausführlichere Wiederholung einer bereits mitgetheilten (Lancet, 3. Nov. 1883) Krankengeschichte, nebst nunmehr hinzugefügtem Obductionsbefund. Die Patientin, eine 43jährige Frau, überlebte die Operation 8 Monate, erholte sich ganz ungemein, ging aber schliesslich an Septicämie zu Grunde. Der Verf. empfiehlt die Operation nach der Howse'schen Methode aufs Wärmste, besonders wenn dieselbe sehr frühzeitig vorgenommen werden kann. SEMON.

90) **Thomas Jones** (Manchester). **Klinische Bemerkungen über Gastrostomie, mit Fällen. (Clinical remarks on gastrostomy, with cases.)** *Lancet. 9. Aug. 1884.*

Der Verf. redet der Gastrostomie nach der Howse'schen Methode (Operation in zwei Zeiten mit längerem Intervall zwischen den Acten) warm das Wort und illustrirt seine Behauptungen durch Mittheilung mehrerer eigener Fälle. In einem derselben (nicht-krebsige Strictur des Oesophagus) war die Patientin zur Zeit der Publication, mehr als 2 Jahre nach der Operation, noch am Leben und bei vortrefflichem Befinden. Drei Patienten starben an Peritonitis, zwei andere (Natur der Strictur nicht bestimmt angegeben) lebten zur Zeit der Publication, d. h. resp. $10^1/_2$ und 9 Monate nach der Operation. SEMON.

91) **N. Davies-Colley** (London). **Ein Fall von Gastrostomie, in welchem die künstliche Oeffnung später goschlossen wurde. (On a case of gastrostomy, in which the artificial opening was subsequently closed.)** *Guy's Hospital Reports. Vol. 42. p. 367. 1884.*

Es handelte sich um einen Fall von — wahrscheinlich syphilitischer — Oesophagusstrictur bei einer 34jährigen Frau, in welchem eine durch die Anle-

gung der Magenfistel erzielte achtmonatliche Ruhe der verengten Theile so günstig auf dieselben wirkte, dass es ohne weitere instrumentelle Behandlung der Strictur möglich war, die Fistel zu schliessen und die Pat. die Ernährung per vias naturales wieder aufnehmen zu lassen. Davies-Colley sah die Pat. $3^1/_2$ Jahre später wieder; sie konnte nach sorgfältigem Kauen ganz gut Fleisch und andere feste Speisen geniessen. Zum Schlusse erwähnt der Verf. eines Falles von Gastrostomie von Mr. Bryant (Lancet. Vol. I. 1881. p. 572), in welchem sich die Pat., ein 22jähriges Mädchen, welches in selbstmörderischer Absicht Schwefelsäure getrunken hatte, bei offener Magenfistel noch 4 Jahre nach der Operation in bestem Wohlsein befand. Sie hatte geheirathet und war von einem Kinde entbunden worden. Auch in diesem Falle hatte die lange Ruhe so günstig auf die früher äusserst enge Strictur gewirkt, dass die Pat. jetzt leicht trinken und selbst fein zertheiltes Fleisch geniessen konnte. SEMON.

92) Boyce Barrow (London). **Oesophaguskrebs. Gastrostomie. Tod 4 Monate nach der Operation an Pyämie. (Malignant disease of oesophagus; gastrostomy; death from pyaemia four months after the operation.)** *Brit. Med. Journal. 6. December 1884.*

Die Punkte von Interesse sind im Titel bezeichnet. Die Discussion über den Fall in der Medical Society (vgl. dieselbe Nummer p. 1141) förderte nichts Besonderes zu Tage. SEMON.

93) Webb (Victoria, Australien). **Notizen über einen Fall von Gastrostomie. (Notes of a case of gastrostomy.)** *Australian Med. Journal. 15. December 1884.*

Vortrag in der Med. Society of Victoria am 10. December 1884. Nichts Besonderes. Der Patient war ein 45jähr., an hochsitzendem Oesophaguscarcinom leidender Mann, der am 5. Tage nach Vornahme des Schlussactes der Operation an Entkräftung zu Grunde ging. Zwischen den beiden Operationsacten hatte man nur 4 Tage verstreichen lassen. SEMON.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) George Morewood Lefferts. **Diagnose und Therapie des chronischen Nasencatarrhs. (The diagnosis and treatment of chronic nasal catarrh.)** St. Louis. 1884.

Dies Büchlein ist ein Abdruck dreier Vorlesungen, die Prof. Lefferts in dem College of Physicians and Surgeons in New-York gehalten hat. Obwohl es ursprünglich für practische Aerzte bestimmt ist, so dürften es doch auch Specialisten mit grossem Vortheil lesen, da es ein Resumé der grossen persönlichen Erfahrung des distinguirten Autors bildet.

In der ersten Vorlesung werden die Methoden der Rhinoscopia anterior et posterior sehr vollständig auseinandergesetzt.

In der zweiten, welche von der Diagnose handelt, werden die drei Formen der chronischen Rhinitis: die einfache, hypertrophische und atrophische oder fötide beschrieben und ihre wechselseitigen Beziehungen vorzüglich hervorgehoben.

Die dritte Vorlesung, in welcher die verschiedenen therapeutischen Massnahmen ausführlich erörtert werden, ist zweifellos der werthvollste Theil des Buches.

Die Vorschriften sind von wunderbarer Deutlichkeit und in einem Ton vorgetragen, welcher mit einem Schlage das Vertrauen des Lesers gefangen nimmt. Ein Jeder fühlt sogleich, dass die Lehren des Autors auf die solide Basis von Thatsachen gegründet sind, welche er selbst beobachtet und geprüft hat. Dr. Lefferts ist ein ausgesprochener Gegner der Anwendung der Nasendouche; ebenso verurtheilt er den Zusatz von Natr. bicarb. zu Lösungen behufs localer Application. Bei der hypertrophischen und fötiden Rhinitis setzt er das meiste Vertrauen in einen reinigenden und antiseptischen Spray, für dessen wirksame Anwendung er (p. 29) eine Summe von Regeln aufstellt, welche wir der Aufmerksamkeit der Aerzte empfehlen. Bei der einfachen Rhinitis hält Dr. Lefferts Insufflationen (Salicylsäure, Tannin, Jodof., Morphin., Belladonna etc.) in der Regel für zweckmässiger als den Spray. Die chirurgische Behandlung des Catarrhs (Zerstörung oder Entfernung des hypertrophischen Gewebes, welches die Nasenmuscheln bekleidet; der Neubildungen der hinteren Nase) wird kurz aber klar beschrieben.

Das Buch, welches nur 49 Seiten zählt, enthält 33 Illustrationen, die zumeist vorzüglich ausgeführt sind. Einige Druckfehler von Namen, wie Czermack (p. 6), Frankel (p. 7), Thudicum (p. 7), Turk (p. 8) mögen zum Vortheil des Buches in der zweiten Auflage corrigirt werden. MORELL MACKENZIE.

b) **N. Lunin** (St. Petersburg). **Ein Beitrag zur Therapie und Statistik der Diphtherie.**) *St. Petersburger medicinische Wochenschrift. 1885. No. 6—9.*

Eine Fluth neuer Mittel und Behandlungsmethoden ist in den letzten Jahren gegen die Diphtherie empfohlen worden; mit Enthusiasmus werden sie von ihren Erfindern in die Praxis eingeführt, allein so oft die trügerische Hoffnung erwachte, dass es endlich gelungen sei, eine zuverlässige Waffe gegen diese mörderische Seuche zu finden, so oft wurde diese Hoffnung auch getäuscht. Es ist den optimistischen Anpreisungen antidiphtherischer Mittel gegenüber daher im höchsten Grade erwünscht, an der Hand eines grösseren Beobachtungsmaterials über die factischen Erfolge der fraglichen Heilmittel aufgeklärt zu werden; dies geschieht in der vorliegenden Arbeit, die sowohl wegen der Sorgfalt der Beobachtung, als auch wegen der Grösse und Gleichmässigkeit des zu Grunde liegenden Beobachtungsmaterials eine eingehende Beachtung verdient.

Der Verf. hat als Arzt auf der Diphtherieabtheilung des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg in Petersburg im Jahre 1882 und in der ersten Hälfte des Jahres 1883 eine Anzahl der damals und zum Theil auch noch jetzt gebräuchlichen Mittel an grösseren Serien von Kranken erprobt und erläutert die Resultate seiner Behandlung mit Hülfe ausführlicher statistischer Tabellen.

Zum Verständniss der Tabellen muss vorausgeschickt werden, dass L. eine fibrinöse Form und eine phlegmonös-septische Form der Diphtherie unterscheidet. Die erstere entspricht ungefähr der von Oertel als catarrhalische und croupöse Form, von Sanné als „forme bénigne“ beschriebenen diphtheritischen

Erkrankung, die zweite deckt sich etwa mit dem, was Oertel als gangränöse und septische Diphtherie, Sanné als „forme infectieuse et maligne" bezeichnet. Die Fälle, bei denen es sich nicht bloss um eine Erkrankung des Rachens, sondern zugleich auch um eine diphtherische Affection des Kehlkopfes und der tieferen Luftwege handelte, lässt er zunächst ausser Rechnung, um nicht durch die hier noch hinzukommende Gefahr der Stenose der Luftwege die Uebersichtlichkeit und Eindeutigkeit seiner Beobachtungsresultate bei der Bekämpfung der diphtherischen Infection selbst zu stören. Es handelt sich bei den jetzt zu besprechenden Fällen also nur um schwerere und leichtere Formen der Rachendiphtherie ohne Complication von Seiten des Larynx und der Luftwege; im Ganzen sind 264 solcher Fälle von L. beobachtet und verwerthet worden.

Zunächst wurden 57 Fälle auf den Rath des Dr. Rauchfuss mit Sublimat behandelt. Und zwar erhielten die Kranken Pinselungen der Rachenbeläge mit einer Lösung von Hydrarg. bichlorat. corrosiv 1,0 : 1000,0 zweistündlich und Spülungen des Pharynx mit einer Sublimatlösung von 1,0 : 5000,0 stündlich. Intern Wein und Moschus. Die Resultate der Behandlung sind aus der unten angeführten Tabelle ersichtlich.

Danach wurden in 94 Fällen Versuche mit dem von Jacoby empfohlenen Liq. ferri sesquichlorati gemacht. Das Medicament wurde innerlich gegeben von 1 Tropfen zweistündlich bis 2 Tropfen halbstündlich, gespült wurde der Pharynx stündlich mit Solutio acidi borici (3 pCt.). Wein und Moschus.

Drittens wurde das Chinolin erprobt auf die Empfehlung Seifert's hin. Pinselungen des Rachens mit Chinolin. puri 5,0, Alkohol 50,0, Aq. dest. 50,0, zweistündlich; Spülungen des Rachens mit Chinolin. pur. 1,0, Aq. dest. 500, Alcohol 50,0, stündlich. Innerlich Wein und Moschus. So behandelt wurden 28 Fälle.

Viertens wurde das von Andeer in die Therapie eingeführte Resorcin versucht: Pinselungen mit einer 10proc. Lösung zweistündlich und Spülungen des Rachens mit einer 1proc. Lösung des Mittels stündlich. Wein und Moschus. So behandelt wurden 29 Fälle.

Fünftens wurde an 33 Diphtheriekranken die Behandlung mit Brom erprobt, welche von Jacob Schütz und Hiller warm empfohlen worden war. Auf die Art der Anwendung kann hier nicht näher eingegangen werden. Zur Benutzung kamen: Pinselungen mit Lösungen von Brom pur. 0,5 bis 1,0, Kalii bromat. 0,5 bis 1,0 in Aq. dest. 100,0 ein bis dreistündlich und Inhalationen einer etwa halb so starken Lösung $^1/_2$ bis zweistündlich. Innerlich Wein und Moschus.

Sechstens ist die innerliche Verabreichung von Terpentin auf den Vorschlag von Bosse und Hampeln in 23 Fällen versucht worden. Verabreicht wurde Ol. Terebinth. von 2mal täglich zu einem Theelöffel bis zu 10 Tropfen stündlich. Gleichzeitig Spülungen des Pharynx mit Sol. acid. bor. 3proc. stündlich. Wein und Moschus*).

---

*) Die Behandlung mit Brom und mit Terpentin ist nicht von Dr. Lunin selbst, sondern von dessen Nachfolgern, den DDr. Heuking und Popow durchgeführt worden.

Die mit diesen verschiedenen Behandlungsmethoden erzielten Resultate lassen sich am besten mit einander vergleichen, wenn man sie in folgender Tabelle zusammenstellt, die einer Erläuterung nicht weiter bedarf.

Vergleich der einzelnen Behandlungsmethoden.

Methode der Behandlung.	Fibrinöse Form.			Phlegmonös-septische Form.			Gesammtzahl.		
	Behandelt.	Gestorben.	pCt.	Behandelt.	Gestorben.	pCt.	Behandelt.	Gestorben.	pCt.
Sublimat	43	13	30,2	14	13	92,9	57	26	45,6
Eisen	43	14	32,6	51	39	76,5	94	53	56,3
Chinolin	19	6	31,6	9	9	100	28	15	53,0
Resorcin	10	2	20,0	19	17	89,5	29	19	65,5
Brom	15	7	46,7	18	16	88,9	33	23	69.7
Ol. Terebinth.	12	1	8.3	11	9	81,8	23	10	43,4
Gesammtzahl...	142	43	30,3	122	103	84,4	264	146	55,3

Will man sich aus diesen Zahlen eine Schlussfolgerung für die Praxis erlauben, so folgt daraus, dass die fibrinösen Formen mit Ol. Terebinthinae, die phlegmonös-septischen mit Eisen zu behandeln sind.

Wichtiger und einer naturwissenschaftlichen Auffassung der therapeutischen Bestrebungen angemessener scheint jedoch dem Referenten noch eine andere Lehre, welche von diesen Zahlen deutlich genug gepredigt wird. Man soll nicht zu grosse Hoffnungen auf die Auffindung eines Specificums gegen die Diphtherie setzen, so lange unsere Kenntnisse über das Wesen, die Verbreitungsweise und die Träger des diphtheritischen Contagiums so mangelhafte sind, wie heut zu Tage. Erst eine tiefere Erkenntniss der Krankheit selbst kann uns Mittel gegen dieselbe kennen lehren.

Abgesehen von den bisher berücksichtigten Fällen sind gleichzeitig noch 95 Fälle behandelt worden, bei denen neben der Rachenaffection auch eine Diphtherie des Kehlkopfes und der Luftwege bestand. Die Behandlung bestand in diesen Fällen in Inhalationen von Natr. bicarbon., innerlichem Gebrauch von Apomorphin und der von Rauchfuss (auf der Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Baden-Baden 1879) warm empfohlenen hydrotherapeutischen, energisch-diaphoretischen Behandlung. Die Tracheotomie wurde erst bei unmittelbar drohender Erstickungsgefahr gemacht. Die Mortalität betrug in diesen Fällen 72,6 pCt.

Weitere statistische Angaben über die beobachteten Complicationen, Häufigkeit und Dauer der Albuminurie etc. sind im Original nachzulesen.

DEHIO (Dorpat).

IV. Briefkasten.

Laryngologische und rhinologische Section der 58. deutschen Naturforscher-Versammlung.

Der Schriftführer der Section erlässt folgenden Aufruf an alle Laryngologen:

Strassburg, i. E. 1885.

Hochgeehrter Herr!

Die 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte wird in diesem Jahre vom 17. bis 22. September in Strassburg tagen.

Unterzeichneter hat es übernommen, für die Section der

Laryngologie und Rhinologie

die vorbereitenden Schritte zu thun.

Um den Sitzungen unserer Section recht zahlreichen Besuch und gediegenen Inhalt zu sichern, beehre ich mich, Sie zur Theilnahme freundlichst einzuladen. Falls Sie beabsichtigen, in der Section Vorträge zu halten oder sonstige Mittheilungen zu machen, so würden Sie mich durch rechtzeitige Anzeige hiervon sehr verbinden. Die Geschäftsführer gedenken Mitte Juni das allgemeine Einladungs-Schreiben zu versenden und es wäre wünschenswerth, schon in diesem das Programm der Sections-Sitzungen wenigstens theilweise veröffentlichen zu können.

Dr. **Paul Meyer,**
Kreuzgasse 15.

Wie Herr Dr. Meyer der Redaction mittheilt, sind bis jetzt erst wenige Anmeldungen von Vorträgen erfolgt und erbittet derselbe daher wiederholt möglichst zahlreiche und baldige Anmeldung solcher.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, September. 1885. No. 3.

I. Referate.

a. Therapeutisches.

1) **Eb. Caudwell** (London). **Die physiologische Wirkung von Coca und Cocain. (The physiological action of cuca and cucaine.)** *Brit Med. Journal. 3. Januar 1885.*

Die auf Veranlassung Dr. Ringer's von C. an sich selbst mit kleinen und grossen, innerlich genommenen Dosen von Coca und seinem Alcaloid angestellten Versuche ergaben folgende Resultate: 1. Coca und Cocain entfalten eine doppelte Wirksamkeit; sie wirken in kleinen Dosen als Sedativa, in grossen als Stimulantia des Gehirns. 2. Cocain, innerlich genommen, dilatirt die Pupillen. 3. Cocain besitzt nur in grossen Dosen toxische Wirkungen. SEMON.

2) **P. Heymann** (Berlin). **Ueber die Anwendung des Cocain im Larynx, Pharynx und in der Nase.** Vortrag in der Berliner medicin. Gesellschaft. *Berliner klin. Wochenschrift. 1885.*

Nach einer ausführlichen Uebersicht der Literatur beschreibt H. die subjectiven Empfindungen bei C.-Pinselung des Pharynx nach eigener Wahrnehmung („als wachse an der hinteren Rachenwand ein Berg in die Höhe, über den man nicht fortschlucken könne“) und bespricht die practische Anwendung dieses Mittels. Er schildert ausführlich die Anästhesie des Kehlkopfs, die Beseitigung der Schlingbeschwerden der Phthisiker, des Reizhustens bei Larynx-Catarrh und die Anwendung des Cocain in der Nase. Hier war es möglich, in einem Falle eine Stelle, von wo aus mit aller Regelmässigkeit Reflexhusten ausgelöst werden konnte, durch Cocain reactionslos zu machen.

An diesen Vortrag knüpfte sich in der Berl. Med. Ges. eine Discussion, (Berl. klin. Wochenschr. 1884., No. 5., p. 77. und No. 6., p. 94), in welcher B. Fränkel, H. Krause und Lublinski ihre Erfahrungen über Cocain mittheilen. B. Fränkel besprach besonders die Abschwellung des cavernösen Gewebes der Nase bei Bepinselung mit Cocain, die gestatte, zu diagnostiziren, wie weit die Schwellung auf Hyperämie, und wie weit sie auf Hyperplasie beruhe, und die Rhinoscopia anterior erleichtere. Auch betont derselbe den Umstand, dass Cocainpinselungen bei Reflexneurosen z. B. der Nasenhöhe ein wichtiges diagnostisches Mittel seien. Man könne sowohl nachweisen, ob die Neurosen in

der That von der Nase ausgingen, und welche Stelle der Schleimhaut sie hervorrufe. Krause erwähnt, dass er durch die Einwirkung von Cocain einen gewissen Spielraum in der Wahl der Instrumente bei intralaryngealen Operationen gewonnen habe und exacter operiren könne. B. FRAENKEL.

3) **Geo. W. Major. Cocain. hydrochlor. bei Nasen- und Halskrankheiten. (Cocaine hydrochlorate in diseases of the nose and throat.)** *Canada Med. Surg Journ. April 1885.*

Verf. spricht in einer ausführlichen Abhandlung sein Vertrauen zu diesem Mittel als locales Anästheticum der Luftwege aus und bespricht die mannigfachen Krankheitszustände, wo es von Nutzen, und die operativen Massnahmen, wo seine Anwendung von grosser Wichtigkeit ist.

Er hat eine Anzahl von Fällen (96), welche in seiner Praxis in einem gewissen Zeitraum vorkamen, registrirt, in denen er das Cocain (gewöhnlich in 4 pCt. Solution) anwandte. Die Details einiger interessanter Fälle werden ausserdem mitgetheilt. LEFFERTS.

4) **Schmiegelow** (Kopenhagen). **Ueber die Anwendung des Cocain bei Krankheiten des Kehlkopfes, des Schlundes, der Nase und der Ohren. (Lidh om Anvendelsen af Kokainet ved Sygdomme i Struben, Svalget, Nasen og Orene.)** *Hospitals-Tidende. 1885. p. 57.*

Bestätigt die schon gemachten Erfahrungen über die anästhesirenden und analgesirenden Wirkungen des Cocains auf die Schleimhäute der obengenannten Körpertheile. AUTOREFERAT.

5) **Stanislaus v. Stein** (Moskau). **Cocain bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 9. S. 131. 1885.*

Bericht über des Verf.'s Erfahrungen bei Anwendung des Cocain.

Verf. zieht in Nase und Pharynx eine 5 proc. Vaselinsalbe der Lösung vor, weil dieselbe weniger rasch verschluckt werde, man von ihr weniger brauche und der bittere Cocain-Geschmack dabei weniger hervortrete. Verf. verwandte Cocain auch bei acuter Laryngitis, Pharyngitis und Coryza mit Erfolg. Er verursachte sich selbst durch Lapispinselung eine Laryngitis, um sie durch Cocain heilen zu können. B. FRAENKEL.

6) **Zaufal** (Prag). **Weitere Mittheilungen über die Verwendung des Cocain in der Rhino- und Ototherapie.** *Prager med. Wochenschrift. No. 7. 1885.*

Z. beobachtete sehr gute Wirkung der 10 bis 20 proc. Cocain-Lösung bei Reflexneurosen, welche von der Nasenschleimhaut ausgingen. Das Einlegen eines damit getränkten Wattetampons in die Nase sistirt meist die Anfälle für Stunden und Tage. Auch machte sie Cauterisationen schmerzlos. Acuter Schnupfen kann durch halbstündiges Liegenlassen solcher Tampons in der Nase (mehrmals des Tages) wesentlich erleichtert werden. Die übrige Arbeit bezieht sich auf die schmerzstillende, vorzügliche Wirkung 5 proc. Cocain-Tampons im Gehörgange bei Otitis media acuta. CHIARI.

7) **Irsai** (Budapest). **Ueber die Anwendung des Cocain bei Rachen- und Kehlkopfkrankheiten.** *Pester med. chir. Presse. No. 6. 1885.*

J. wendete 10 proc. bis 20 proc. Lösungen an zur Erleichterung der laryngoscopischen Untersuchung, dann gegen das Hüsteln Tuberculöser und gegen die Schlingbeschwerden in Folge tuberculöser Ulcerationen im Rachen und Kehlkopfe, sowie endlich zur Anästhesirung in einem Falle von Kehlkopfpolyp behufs Operation. Immer war der Erfolg ein sehr günstiger. CHIARI.

8) **O. Seifert. Zur Wirkung des Cocain. muriat. auf die Schleimhaut der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.** *Centralblatt für klin. Medicin. No. 1. 1885.*

Bestätigung der bisherigen Beobachtungen über Anästhesie des Rachens und der Nase; mit der Wirkung am Kehlkopfe war Verf. nicht zufrieden, was wohl darin seinen Grund haben dürfte, dass er nur eine 5 proc. Lösung benutzt hatte.

Ref., der seit October 1884 zahlreiche Versuche mit Cocain anstellte, kann im Allgemeinen gleichfalls den hohen Werth desselben bestätigen; es ist ihm bisher nur ein einziger Fall vorgekommen, bei dem sich selbst nach 4 bis 6 maliger Bepinselung mit 20 proc. Lösung keine genügende Toleranz im Larynx erzielen liess, allerdings ist die Patientin, die Besitzerin eines unter dem Vereinigungswinkel der Stimmbänder sitzenden Papilloms, von einer ganz ungewöhnlichen und ausserordentlichen Reflexerregbarkeit, die auch durch gleichzeitige Bepinselung des Zungengrundes und der Rachentheile nicht beseitigt werden konnte. SCHECH.

9) **S. Meyerson** (Warschau). **Ueber Cocain in der Laryngologie und Rhinologie. (O stosowanin kokaing w laryngologii i rynologii.)** *Medycyna. No. 5. 1885.*

Nach einer kurzen Erörterung der bisher mit diesem Mittel angestellten Versuche, berichtet M. über die Resultate seiner eigenen Beobachtungen folgendes:

Bei Entfernung eines Kehlkopfpolypen, unter Benutzung einer 20 procentigen Cocainlösung constatirte M. eine unvollständige Anästhesie, denn die Reflexe der Musculatur waren nicht aufgehoben. Dennoch behauptete Patient keinen Schmerz verspürt zu haben. Ferner wurde nach Einpinselung mit Cocain (16 proc.) ein Tonsillarabscess eröffnet. Der Schmerz war vermindert, doch immer noch lebhaft. Ebensowenig konnte mit einer 10 proc. Cocainlösung totale Unempfindlichkeit bei Operation der adenoiden Wucherungen erzielt werden. Bei Entfernung von Nasenpolypen war zur Erlangung von vollständiger Unempfindlichkeit eine 20 proc. Cocainlösung erforderlich. Die Blutung war minimal. Reflexhusten, der bei der Berührung der Muscheln mit der Sonde constatirt wurde, verschwand nach Bepinselung mit diesem Mittel vollständig. Weniger Erfolg sah M. bei Benutzung einer 20 proc. Lösung in einem Falle von Nasenbluten, in welchem die blutenden Stellen am Septum mit dem Galvanocauter geätzt wurden. — Dagegen konnte bei einigen Patienten unter Anwendung von 15 proc. Cocainlösung, die schwierige rhinoscopische Untersuchung sofort ausgeführt werden. M. bestätigt die Angaben Semon's, dass die Wirkung des Mittels von seiner Concentration abhängt, und glaubt, dass die Anästhesie in den tieferen Theilen nicht erlangt werden kann, also eine oberflächliche ist. — Auch schliesst er sich der Ansicht von Störk an, dass bei gewissen Personen, trotz localer Anästhesie, die Reflexbewegungen fortbestehen, rechnet aber solche Fälle zu den Ausnahmen. HERING.

10) **V. Lange** (Kopenhagen). **Einige Bemerkungen über die Anwendung des Cocain. (Nogle Bemärkruriger om Kokainets anvendelse.)** *Ugeskrift for Läger. 4. Rakke. XI. No. 14, 15.*

Aphoristische Bemerkungen. Nichts Neues. SCHMIEGELOW.

11) **J. Strahan** (Belfast). **Cocain bei acuten Affectionen der oberen Luftwege. (Cocaine in acute affections of the upper respiratory passages.)** *British Med. Journal. 13. Juni 1885.*

Sonderbar confus geschriebenes Loblied des Cocains bei allen möglichen acuten und auch chronischen Leiden der oberen Luftwege. Im übrigen absolut nichts Neues enthaltend. SEMON.

12) **O. Chiari** (Wien). **Casuistisches über die anaesthesirende Wirkung des Cocains.** *Wiener med. Zeitung. No. 3. 1885.*

Bei 2 Fällen von Kehlkopfpolypen wirkte das Cocain sofort anästhesirend, bei einem 3. Falle erst, nachdem die ausserordentlich grosse Empfindlichkeit des Kranken durch Sondirung abgestumpft war.

Bei tuberculösen Larynxgeschwüren, bei Angina und bei Anwendung der Galvanocaustik auf geschwollene Nasenmuscheln entfaltete es ausgezeichnete analgetische Wirkungen. AUTOREFERAT.

13) **Labus** (Mailand). **Cocain in der Kehlkopfpraxis. (La cocaina nella pratica laringojatrica.)** *Gazetta degli Ospitali. No. 2. 1885.*

Verf. empfiehlt nach fremden und eigenen Erfahrungen die Anwendung 20 proc. Cocainlösung in Nase, Rachen, Kehlkopf und Luftröhre zu diagnostischen und therapeutischen (operativen) Zwecken. KURZ.

14) **Beregszaszy** (Wien) **Das Cocain als angiospastisches Mittel in der Rhinoscopie und Laryngoscopie.** *Wiener med. Blätter. No. 7. 1885.*

Das Cocain wirkt in 2 proc. Lösungen anämisirend auf die Schleimhaut des Rachens und der Nase, und zwar dauert dieser Angiospasmus $^1/_2$ bis mehrere Stunden. B. wendet mit Vortheil diese Wirkung an bei Hyperämie der Schleimhaut, beim Beginne des Schnupfens und zur Erleichterung der Rhinoscopia ant. und post. Bei Hypertrophien der Muscheln hat es keinen Effect. Für den Kehlkopf braucht man zur Erzielung der Gefässverengerung 5 proc. Lösungen; die Bepinselungen mit denselben leistete B. zur Behebung acuter und leichter chronischer Catarrhe gute Dienste. CHIARI.

15) **E. Cresswell Baber** (Brighton). **Die Wirkung des Cocain auf die Nasenschleimhaut. (The action of cucaine on the nasal mucous membrane.)** *Brit. Med. Journal. 7. März 1885.*

B. bestätigt J e l l i n e k's, B o s w o r t h's und A. Beobachtung, dass Cocain ausser seiner anästhesirenden auch eine zusammenziehende Wirkung auf das gefässreiche, erectile Gewebe der Nasenmuscheln hat und theilt zwei Fälle ausführlich mit, in denen dieser Effect genau in seinen einzelnen Phasen verfolgt wurde.

B. ist der Ansicht, dass die Wirkung nicht, wie Bosworth meint, sich nur auf das cavernöse Gewebe beschränke, sondern auch die Capillaren beträfe. — Die Wichtigkeit der Thatsache sei gross, nicht allein für die Erleichterung der Inspection der Nase, sondern auch für die Differentialdiagnose zwischen einfacher Füllung des cavernösen Gewebes und ächten hypertrophischen Veränderungen desselben (bereits von B. Fränkel hervorgehoben, Ref.), sowie für die Erleichterung von Operationen und wahrscheinlich für die Stillung von Blutungen. Zur Erzielung der contrahirenden Wirkung genügt nach B. eine 4 proc. Lösung

SEMON.

16) **Neumann** (Petersburg). **Beitrag zur ischämisirenden, antiphlogistischen Wirkung des Cocainum muriaticum.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 6. 1885.*

1. Ein älterer Herr der häufig an Anginen gelitten hatte, die zuweilen in Eiterung übergegangen waren, erkrankte an einer acuten sehr schmerzhaften Angina, die ihm den Schlaf raubte und ihn am Essen verhinderte. N. pinselte den ganzen Pharynx mehrere Mal in Pausen von einigen Minuten mit einer 5 proc. Lösung von Coc. mur. aus. Die Schmerzen waren nach 10 Minnten geschwunden, und Pat. konnte ganz schmerzlos schlucken. Am anderen Tage fand N. den Pat. ganz gesund, die Schmerzen waren nicht wiedergekehrt, Pat. hatte die ganze Nacht geschlafen und fühlte blos noch eine leichte Empfindlichkeit im Halse. Die Untersuchung des Pharynx zeigte blos eine leichte Succulenz der Schleimhaut. 2. Ein kräftiger Bauer, der im Marienhospital auf der Abtheilung des Verf. wegen eines chron. Rheumatismus lag und schon entlassen werden sollte, erkrankte plötzlich mit Schüttelfrost, Fieber und Halsschmerzen. Die linke Rachenhälfte war geschwellt, stark geröthet und äusserst empfindlich. Die Tonsillen mit weissen Pünktchen besetzt. N. machte nur 12 Uhr Mittags eine Pinselung mit einer 5 proc. Cocain-Lösung. Die Schmerzen liessen sofort nach und N. glaubte eine Abschwellung der geschwellten Theile constatiren zu können. Nach 2 Stunden kehrten die Schmerzen wieder, so dass am Abend die Pinselung wiederholt werden musste. Am anderen Tage war Pat. ganz munter und klagte blos über eine leichte Empfindlichkeit beim Schlucken. Die Inspection des Rachens ergab nur eine leichte Succulenz der Schleimhaut. Verf. empfiehlt dieses Mittel bei acuten Anginen, will aber aus den 2 Fällen sich noch kein definitives Urtheil erlauben.

Ferner versuchte Verf. das Cocain bei einem Pat. mit chronischem Schnupfen, wo die Schwellkörper der unteren Muschel derart geschwellt waren, dass sie die Nase vollkommen verlegten.

Einige Minuten nach Bepinselung der geschwellten Theile mit einer 5 proc. Cocain-Lösung konnte Pat. frei durch die Nase athmen. Doch schwand diese Wirkung nach 4 Stunden. N. hofft, dass man diese palliative Wirkung durch methodische Anwendung vielleicht zu einer dauernden machen könnte.

LUNIN.

17) **W. S. Paget** (Great Crosby). **Cocain beim Schnupfen und beim Heufieber. (Cucaine in coryza and in hay-fever.)** *Brit. Med. Journal. 28. Februar und 27. Juni 1885.*

Nach P.'s Erfahrung erleichtert die Application einer 4 proc. Cocain-Lösung,

in Form von Einträufelung oder Tamponade der Nase mittelst mit einer solchen Lösung getränkten Wattebäuschchen, sofort die Symptome des gewöhnlichen Schnupfens und wirkt in den meisten Füllen sogar coupirend. Eventuell soll man die Application öfters wiederholen. Sind die Conjunctiven gleichzeitig afficirt, träufle man einen Tropfen dieser Lösung in jedes Auge. Verf., der selbst am Heufieber leidet, verspricht sich die grössten Erfolge von dem Mittel bei dieser Affection und bestätigt in seiner späteren Mittheilung vom 27. Juni, dass seine Erwartung, so weit er selbst betroffen ist, in Erfüllung gegangen sei.

SEMON.

18) **Richard Neale** (London). **Nutzen des Cocain bei der Uvulatomie. (Value of cocaine in excision of the uvula.)** *Brit. Med. Journ. 24. Januar 1885.*

Die Application einer 2 proc. Lösung des Mittels auf den Stumpf der Uvula stillte binnen zwei Minuten den durch die Operation verursachten Schmerz.

SEMON.

19) **Howard A. Kelly. Cocain gegen Diphtherie. (Cocaine in diphtheria.)** *Phil. Med. News. 25. April 1885.*

Der Autor berichtet über vier Fälle. Ich bin jedoch der Ansicht, dass es sich um gewöhnliche Folliculartonsillitis, nicht um Diphtherie gehandelt habe. Er selbst äussert: „In den sog. Fällen von diphtheritischer Angina mit Erosion ist das Cocain nach meiner Ueberzeugung von vorzüglichem Werth.“ Versteht er unter diphtheritischer Angina (sog.) die Folliculartonsillitis? Es ist dies ein gewöhnlicher Irrthum. — Er berichtet folgenden, am wenigsten fraglichen Fall.

Fall 1. Emily C., 11 Jahr alt, klagte am 21. Januar, dass sie seit 2 Tagen Fieber, seit einem Tage Halsschmerzen habe. Es besteht Appetitlosigkeit und leichte Erschöpfung. Der Rachen ist roth und geschwollen; die Tonsillen vergrössert, berühren sich fast. Sie sind beide mit einer dicken, weichen und grauen Masse bedeckt. Es wurde eine diaphoretische Mixtur gegeben und alle 2 Stunden eine 4 proc. Lösung von Cocain. mur. auf den Hals applicirt. Die Pseudomembran begann unmittelbar darauf zu schmelzen, und in fünf Tagen war Patientin gesund, und der Hals normal.

LEFFERTS.

20) **Ramon de la Sota y Lastra. Exstirpation eines Kehlkopfpolypen nach vorausgegangener Anwendung von Cocain. (Extirpacion de un pólipo laringeo previa aplicacion de la cocaina.)** *Siglo medico. No. 1639. p. 346. 24. May 1885.*

In der letzten Nummer der Revista de Medicina y Cirurgia practicas veröffentlicht de la Sota folgenden Fall:

Ein 29 jähr. Mann mit äusserst empfindlichem Pharynx und Larynx, zeigte auf dem r. Stimmband einen Polyp von der Grösse eines Sesamkornes. Bei der grossen Empfindlichkeit für jedes Instrument, gelang es schliesslich erst nach energischer Bepinselung von 20proc. Cocain-Lösung, den Polyp mittels der Kehlkopfzange zu entfernen. Eine 10proc. Cocain-Lösung anästhesirte den Pharynx, nicht aber den Larynx.

KISPERT.

21) **D. Semtschenko. Cocain in der Kinderpraxis. (Kokain w detskoi practike.)** *Wratsch. 1885. No. 7.*

S. hat das Cocain mur. beim Schnupfen der Säuglinge angewandt und lobt

das Mittel sehr. Er gebrauchte eine 2 proc. Lösung, von der 4—6 mal täglich zu je 2 Tropfen in jedes Nasenloch eingeträufelt wurde. Säuglinge, denen das Saugen des Schnupfens wegen unmöglich war, nahmen bald nach der Cocainträufelung sehr gut die Brust. Verf. brauchte das Mittel nie länger als 4 Tage anzuwenden. Behandelt hat er 17 Fälle, davon 14 acute bei Kindern im Alter von 2—11 Monaten und 3 chronische. In allen Fällen heilte der Schnupfen sehr schnell.

LUNIN.

22) A. Hodgkinson (Manchester). **Ein Apparat zur erfolgreichen und öconomischen Verwendung des Cocain und anderer Mittel bei Halsleiden. (Apparatus for the efficient and economical use of cocaine and other remedies in throat affections.)** *Brit. Med. Journal. 5. Juni 1885.*

Der äusserst dürftige Bericht im B. M. J. lautet wörtlich, wie folgt: „Dieser Apparat wurde von Dr. Hodgkinson gezeigt (nämlich in der Sitzung der Manchester Medical Society am 6. Mai 1885. Ref.) Mittelst desselben kann ein einziger Tropfen einer Lösung mit Accuratesse benutzt, und die Application eines solchen auf irgend einen Theil des Halses mit Sicherheit erzielt werden."

SEMON.

23) H. Percy Dunn (London). **Ein Cocain-Sprayapparat. (A cocaine spray-producer.)** *Brit. Med. Journ. und Lancet. 13. Juni 1885.*

Recht practische Modification des gewöhnlichen „Handball spray-producer's", um unnütze Vergeudung des kostbaren Mittels zu ersparen. In dem silbernen sehr fein gearbeiteten Luftrohr ist nämlich eine kleine Oeffnung gelassen, die während der Application vom Finger des Operateurs bedeckt wird. Sobald die Application beendigt ist, lässt derselbe den Finger los, die Luft entweicht durch die Oeffnung, und der Spray hört in demselben Augenblick auf zu spielen. Der Apparat ist von den Herren Wright & Co, 108 New Bond Street, London, W. zu beziehen.

SEMON.

b. Nase und Nasenrachenraum.

24) Hopmann (Cöln). **Zusammenhang von Nasen- und Augenaffectionen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 25. S. 434. 1885.*

Referat über einen Vortrag im ärztlichen Verein zu Cöln. Hopmann nimmt an, dass entzündliche Zustände und nervöse Erregungsvorgänge zusammenwirken um von der Nase aus Augenkrankheiten zu bewirken. Er erwähnt u. A. einen Fall von halbseitigem Morbus Basedowii, den er von der Nase aus geheilt hatte. Störungen der Thränenableitung fand er gewöhnlich bei Ozaena.

B. FRAENKEL.

25) L. Katz (Berlin). **Mittheilungen aus dem Gebiete der Nasen- resp. Nasenrachen-Affectionen.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 24. S. 386. 1885.*

Der Verf., dem Ref. in Bezug auf den Titel seiner Publication die Lectüre des Leitartikels in No. 4 des vorigen Jahrgangs des Centralblattes über diesen Gegenstand empfehlen möchte, beschreibt folgende Fälle: 1. Nasenbluten bei Rhinitis eines 10 Jahre alten Mädchens, welches schliesslich, nachdem das Kind in 7 Tagen 4 Liter Blut verloren, nach Einblasen von Tannin-Pulver stand.

Verf. glaubt, dass die Blutung aus dem hinteren Theil der Nase herrührte, weil nach vollständiger Tamponade der rechten, blutenden Nasenhöhle das Blut sich aus der linken nach dem Pharynx hin ergoss. 2. Grosses Fibroid des Nasenrachenraums, welches Verf. schliesslich mit dem Finger abquetschte. (Mit Abbildung.) 3. Gefahr der Anwendung des Tonsillotoms nach Windler etc., da die betreffenden Messer abbrechen können, wie Verf. dies erlebte. B. FRAENKEL.

26) **J. M. W. Kitchen. Die Behandlung der acuten Rhinitis. (The treatment of acute Rhinitis.)** *N.-Y. Med. Record. 23. Mai 1885.*

Die acute Rhinitis kann oft abortiv behandelt werden. Zeitig genommen, zeigt sich eine grosse Dosis Alcohol oder eines andern Medicaments, welches eine Turgescenz der peripheren Oberfläche des Körpers hervorruft, sehr häufig wirksam. Eine starke Dosis Opium oder eines andern allgemeinen Sedativums genügt ebenso gewöhnlich, um einem Anfall vorzubeugen. Aber der Arzt trifft, ausser in seiner nächsten Familie, selten einen Fall, der sich für diese Behandlung eignet, da er gewöhnlich nur vorgeschrittenere Fälle zu sehen bekommt. Ein Redner oder Sänger wendet sich an uns und begehrt unsere Hülfe, um in einigen Stunden seine gewohnten Pflichten erträglich erfüllen zu können. Was soll man in solchen Fällen thun? Diese Patienten wollen sich gewöhnlich gern der nothwendigen Behandlung unterwerfen. Folgende Indicationen sind zu erfüllen: Man muss die Circulation durch Aconit und absolute Muskelruhe, das Centralnervensystem durch Sedativa beruhigen; Reflexeindrücke verhüten, indem man den Patienten in der Rückenlage in einem mässig warmen Zimmer hält, wohl bedeckt mit einer genügenden Decke; die Vortheile der Derivation zur Geltung bringen, indem man Hitze an die Füsse applicirt, die anderen Körpertheile also warm erhält, während man die Nase durch äussere Kälteapplication kühl erhält. Dies kann man zweckmässig dadurch erreichen, dass man eine kleine, dünne Gummiblase mit kaltem Wasser quer über den Nasenrücken einige Stunden lang legt. Das Wasser darf nie so kalt sein, dass es Schmerzen verursacht. Kalte Waschungen der Nase und des Interorbitalraums sind zwar gut, aber nicht so zweckmässig wie die andere Methode. Schliesslich können häufig milde Adstringentien und sedative Applicationen intranasal angewendet werden. Setzt man dieses Verfahren zu lange fort, so verschlimmert sich der Entzündungsprocess. In solchen Fällen wendet der Autor, welcher zum Spray oder zu Pulvern kein Vertrauen hat, ein „Nasenbad" an, welches, wie er sagt, keineswegs eine Nasendouche ist, aber ihr sicher in seiner Wirkung vollständig gleicht. Die Flüssigkeit wird in einem schwachen Strom von geringem hydrostatischen Druck angewendet und gelangt nicht rings um die Nasenwege. Das ist die einzige Differenz, wenn es eine ist. LEFFERTS.

27) **J. N. Mackenzie. Bemerkungen über Classification, Diagnose und Therapie der einzelnen Stadien der chronischen Rhinitis. (Notes on the classification, diagnosis and treatment of the stages of chronic nasal inflammation.)** *Phil. Med. News. 4. April 1885.*

Das vorzüglichste anatomische Characteristicum der chronischen Rhinitis

bilden gewisse Veränderungen, welchen die erectilen Körper unterliegen. In den ersten Stadien der catarrhalischen Entzündung besteht eine eigenthümliche Reizbarkeit dieser Gebilde, welche einen plötzlichen Verschluss eines der beiden Nasenlöcher bewirkt. Später findet man eine permanente Schwellung oder Dilatation des Schwellgewebes, bedingt durch einen subparalytischen Zustand der intercellularen Wände mit consecutiver Erweiterung der Intercellularräume. Schreitet die Krankheit vorwärts, so verwandeln sich die Intercellularwände in ein dichtes, fibröses Gewebe, welches durch allmäliche Contraction die Maschen obliterirt und mit Atrophie der Schwellkörper endet.

Diese Veränderungen der erectilen Gewebe liefern die anatomische Grundlage für die Classification.

Classification der Stadien der chronischen Rhinitis.

1. Einfach entzündliche (Rhinitis simplex); zerfallend in zwei Perioden:
   α) Irritabilität des Schwellgewebes.
   β) Permanente Dilatation des Schwellgewebes.
2. Hypertrophische (Rhinitis hypertrophica); zerfallend in zwei Perioden:
   α) Dilatation mit Hypertrophie.
   β) Vollständige Hypertrophie.
3. Atrophische (Rhinitis cirrhotica); zerfallend in zwei Perioden:
   α) Beginnende Atrophie.
   β) Vollständige Atrophie.

Die Aetiologie, die pathologischen und rhinoscopischen Erscheinungen der verschiedenen Stadien werden in dem Originalartikel ausführlich erörtert und beschrieben.

Die allgemeinen Principien einer rationellen Behandlung der verschiedenen Stadien lassen sich kurz in folgende Sätze zusammenfassen:

Im Beginn des ersten Stadiums ist die Therapie wesentlich eine hygienische (Abhärtung der Haut, Acclimatisation der Nasenwege, Beachtung des Allgemeinbefindens, Schutz der Nasenwege vor directen oder indirecten Reizquellen, wenn möglich Aufsuchen eines gleichmässigen Clima's etc.) und besteht in vielen Fällen einfach in dem Erforschen resp. Vermeiden der ursächlichen Momente (locale oder Reflexreize, Allgemeinerkrankung, Fehler in der Constitution aus verschiedenen Ursachen, Excesse, Umgebung des Patienten etc.). In dieser Periode ist die locale Behandlung oft unnöthig, bisweilen sogar nachtheilig. In anderen Fällen gewährt der verständige Gebrauch von purgirenden, alterirenden und adstringirenden Mitteln grossen Nutzen. Doch müssen sie, soweit als möglich, auf die erkrankte Stelle allein applicirt werden entweder als Solutionen oder als Mixturen mit Substanzen, wie Cosmolin, Glycerin, Vaselin etc. Diese Substanzen können auch mit Vortheil pur angewendet werden. Bei gewissen Individuen ist es gut, Mittel zur Herabsetzung der Reflexerregbarkeit der Nervencentren zu verabreichen.

Die Behandlung der zweiten Periode dieses Stadiums muss von denselben allgemeinen Prinzipien geleitet werden. In Berücksichtigung des Zustandes der contractilen Elemente der Intercellularwände muss man Massregeln ergreifen, deren Contractilitätsverlust wieder herzustellen (Strychnin und Electricität sind

bisweilen von Nutzen). Versagen einfachere Mittel, so muss man zum Galvanocauter oder zur Electrolyse greifen.

In den oben genannten Perioden sind Medicamente in fester Form (z. B. Pulver) absolut contraindicirt, da sie die Tendenz haben, den Reiz zu vermehren und das hypertrophische Stadium herbeizuführen.

Die Behandlung der ersten Periode des hypertrophischen Stadiums besteht in einer Combination der oben genannten Methoden. Hier sind chirurgische Eingriffe mehr zu empfehlen. In der zweiten Periode dieses Stadiums ist die Behandlung eine wesentlich chirurgische und besteht in Entfernung der Obstruction, in sorgfältiger Reinhaltung der Nasenwege und in Beachtung der oben gegebenen allgemeinen Principien. Medicamente in fester Form sind contraindicirt. Die Allgemeinbehandlung des dritten Stadiums ist eine tonische und hygienische; die locale ist von mehr palliativer Bedeutung und besteht darin, dass man die Theile scrupulös sauber und feucht erhält. LEFFERTS.

28) **Löwenberg** (Paris). **Natur und Behandlung der Ozaena.** Vortrag auf dem internationalen ohrenärztlichen Congress zu Basel. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 1. S. 5. und No. 2. S. 22. 1885. (Auch in englischer [Edinburgh Med. Journ. July 1885] und französischer [Union médicale.] Sprache erschienen.)*

L. hat in 16 Fällen von Ozaena, von denen 15 alkalisch reagirendes Secret hatten, einen sehr grossen, oft in Ketten, seltener in Haufen, gruppirten Diplococcus gefunden, den er als den specifischen „Ozaenacoccus" anspricht. Ausser diesem Coccus fand er nur in dem einen Falle, in dem das Secret sauer reagirte, zahlreiche Bacillen, sonst nur hie und da gekrümmte oder geknickte Stäbchen. Es ist ihm gelungen, diesen Coccus auf Agar-Agar in Reinculturen darzustellen. Doch beschreibt er selbst, dass in diesen Reinculturen bei Färbung mit Gentianviolett zwei Categorien von Ketten sich unterscheiden lassen, „die einen bestehen aus stark tingirten kugeligen Coccen, während die die anderen bildenden länglich und hellfarbig sind". Ref. möchte nach dieser Beschreibung annehmen, dass es sich dabei nicht um Reinculturen gehandelt hat. Uebertragungsversuche auf Thiere sind bisher in Bezug auf Erzeugung von Ozaena nicht geglückt.

Die Verschiedenheit seiner Befunde von denen E. Fränkel's (Virch.'s Arch. Bd. 90.), der zwei Arten von Micrococcen und zwei Arten von Bacillen im Ozaenasecret fand, erklärt Löwenberg dadurch, dass E. Fränkel nicht wie Löwenberg das ohne Weiteres der Nase entnommene Secret untersuchte, sondern erst die Gottstein'sche Tamponade ausführte und das Secret des Tampons untersuchte. Ref., der die von E. Fränkel geübte Methode der Untersuchung zuerst vorgeschlagen hat (v. Ziemssen's Handbuch. Bd. IV. 2. Aufl. S. 152.) ist, vorausgesetzt, dass sterilisirte Watte als Tampon benutzt wurde, ausser Stande, einzusehen, wie hierdurch eine Veränderung der Microorganismen gesetzt werden. Denn dass sich dabei schon in der Nase eine Art Cultur bildet, was Löwenberg dieser Methode der Entnahme von Secret vorwirft, ist eher ein Vortheil als ein Nachtheil. Dass übrigens auch in dem von Löwenberg benutzten Secret noch andere Microorganismen vorhanden waren, ergeben dessen Versuche, Reinculturen zu er-

zielen, Versuche, in welchen ihm „wider sein Erwarten eine Menge von anderen Spaltpilzen" entgegen traten. Ref., der in der zweiten Auflage des v. Ziemssen-schen Handbuches S. 152 die grosse Anzahl von Micrococcen im Ozaena-Secret hervorhob, findet neben den verschiedenen Micrococcen aber immer eine Menge anderer Arten von Microorganismen im Ozaena-Secret und ist durch Löwenberg's Ausführungen in keiner Weise überzeugt, dass es einen der Ozaena specifischen Micrococcus giebt und dass der von Löwenberg beschriebene Micrococcus dieser Ozaenacoccus ist.

Um dies zu beweisen, dazu giebt es nur zwei Wege. Immer müsste das constante Vorkommen eines Microorganismus in allen Fällen von Ozaena nachgewiesen werden, der morphologisch oder in Reinculturen besondere Kennzeichen hat. Dann aber müssten entweder Uebertragungsversuche auf Thiere ein positives Resultat ergeben, oder, wenn dies missglückt, der Nachweis geführt werden müssen, dass der betreffende, wohlcharacterisirte Microorganismus nirgendwo anders, als bei Ozaena angetroffen werde. Bis derartige Beweise, die Löwenberg keineswegs giebt, erbracht sein werden, erscheint es dem Ref. vorsichtiger, die Frage, ob ein specifisches Ozaena-Microbion vorhanden ist, als eine offene zu behandeln.

Löwenberg, der den Namen Ozaena höchstens mit dem Epitheton „einfache" oder „wahre" beibehalten will, giebt im Anschluss an seine oben wiedergegebenen, bacteriologischen Mittheilungen weitere pathologische Bemerkungen über die Natur etc. der Ozaena, die aus seiner bacteriologischen Hypothese resultiren. Aus diesen hebt Ref. hervor, dass nach dem Verf. der Rachen immer in Mitleidenschaft gezogen ist, während der Micrococcus sich hier spärlicher findet, und dass das Allgemeinbefinden der an Ozaena Leidenden meist kümmerlich ist.

Löwenberg nimmt Contagion durch den specifischen Coccus als die einzige Ursache der Ozaena an, und will mit demselben auch die Diagnose stellen. Er schlägt eine „antiparasitäre" Behandlung vor. Zunächst Nasenirrigation mit Sublimatlösung (1:10,000 bis 1:7000), der sich ein Nasenbad anschliesst. Zu diesem Zweck neigt gegen Ende der Einspritzung der Patient den Kopf so weit nach hinten, bis die beiden Nasenlöcher den höchstgelegenen Punkt bilden, und fährt, wie bei der Douche, fort, a zu sagen. Darauf wird feinstes Borsäurepulver sorgfältig in die ganze Nase eingeblasen. Häufiges Wechseln der Taschentücher. Diese Behandlung, die übrigens wenig von dem, was allgemein geschieht, abweicht und täglich vorgenommen werden soll, erzielt nicht nur „die Beseitigung des üblen Geruchs, sondern auch das Nebenresultat einer bedeutenden Hebung des Allgemeinbefindens."

In dem Lehrbuch über die Bacterien von Cornil und Babes (Paris, 1885) wird der „Micrococcus der Ozaena (Löwenberg)" auf p. 119 unter der Gattung „Bacterium" beschrieben und zwar folgendermassen: „Derselbe stellt grosse, zuweilen verbundene Zellen dar von 0,5 bis 0,1. Seine Cultur auf Gelatine verflüssigt diese Substanz und giebt ihr den Ozaenageruch. Er ist für Ratten und Mäuse pathogen und tödtet diese 1 bis 2 Tage nach der Inoculation (Löwenberg und Babes)." (Nicht nur nach dieser Notiz von Babes, sondern auch nach der Beschreibung von Löwenberg, der die Coccen „dipsoid und cylindrisch"

nennt, scheint es, als wenn es sich nicht um einen Coccus, sondern um ein Bacterium im Cohn'schen Sinne handelte. B. FRAENKEL.

29) **G. la Notte. Ueber einen Fall von nasaler und laryngo-trachealer Ozaena. (Su dine caso di ozena nasale e laringo-tracheale.)** *Archivii ital. di laringologia. Fasc. IV. 1885.*

Eine nicht sehr glücklich gewählte Bezeichnung.

Es handelt sich um einen 24jährigen Barbier, der die Gewohnheit hatte, Nachts singend und spielend in den Strassen herumzuziehen, und bei dem sich nach einer Durchnässung ein zusammenschnürendes Gefühl im Hals und Schwerathmigkeit eingestellt hatte. Er war übrigens scrophulös und bewohnte ein feuchtes Haus.

Bei der Untersuchung fiel ein heftiger Gestank aus der Nase auf. Schleimhaut beider Nasenhöhlen geschwellt, mit dicken Secretborken bedeckt, die der rechten Nasenhöhle exulcerirt. Chronische Pharyngitis. Kehlkopfschleimhaut leicht geröthet und geschwellt. Schleimhaut der Stimmbänder etwas hypertrophisch. Unterhalb der Glottis gelbgrünes Secret. Auch die Trachealschleimhaut geschwellt. Es besteht Aphonie und Dyspnoe, besonders Morgens.

Da sich im Larynx und der Trachea „dieselben Läsionen“ fanden wie in der Nase (von Ulcerationen im Larynx sagt übrigens Verf. nichts), und da der Athem „in Folge der in der Trachea steckenden Massen“ stinkend war (wiewohl deren Geruch, wenn sie ausgeworfen waren, sofort nachliess, wie Verf. selbst hervorhebt), so will er die letztere Affection als „Ozaena laryngotrachealis“ bezeichnet wissen. KURZ.

30) **J. C. Mulhall. Atrophischer Nasencatarrh. (Atrophic nasal catarrh.)** *Proc Missouri State Med. Assn. N.-Y. Med. Journ. 23. May 1885.*

Der Autor ist der Ansicht, dass dieses Leiden weder eine Folge noch abhängig ist von einer hypertrophischen Erkrankung der Nasenschleimhaut; es ist auch nicht der Endausgang einer vernachlässigten oder wiederholten „allgemeinen Erkältung“. Die benachbarten Höhlen, wie der Sinus ethmoidalis und sphenoidalis etc. werden selten davon ergriffen. Die Krankheit schreitet beständig vorwärts und ist unheilbar. Was die Laien als spontane Heilung ansehen, ist einfach ein Stillstand in der Bildung der fötiden Krusten und des schleimig-eitrigen Ausflusses, weil die Schleimfollikel durch progressive Atrophie zerstört worden sind. Die Therapie, welche M. empfiehlt, ist tägliche, oder mehrmals tägliche Reinigung der Nasenwege mit einer einfachen Chlornatrium- oder Natr. bicarb.-Lösung und die Verabreichung tonisirender Arzneien. LEFFERTS.

31) **J. N. Mackenzie. Bemerkungen über die Entstehung und Heilung der „Heuasthma“ genannten Krankheit. (Coryza vasomotoria periodica.) Observations on the origin and cure of the disease called „hay-asthma“. (Coryza vasomotoria periodica.)** *Maryland Med. Journal. 23. May 1885.*

Unkenntniss der intranasalen Pathologie Seitens derjenigen, welche das in

Rede stehende Leiden erforschten, falsche Theorieen und besonders die Pollentheorie, waren dadurch, dass sie die Aufmerksamkeit auf weniger wesentliche Zustände lenkten, ein Hemmschuh für den therapeutischen Fortschritt und trugen zu den Leiden des Patienten bei. Mackenzie zeigt, nach kritischer Besprechung der verschiedenen Theorieen über diese Materie, dass die „Heufieber" genannte Krankheit keine neue Affection ist, sondern unter den Namen „Asthma convulsivum" und „Coryza nervosa" der alten Schriftsteller und Kliniker Jahrhunderte zurückreicht, und dass der Einfluss der sog. Idiosyncrasie auf die Erzeugung des Leidens wahrscheinlich bis auf die Zeit des Galen zurückzuführen ist.

Nach Mackenzie ist die Krankheit weder einer besonderen Menschenklasse eigen noch beschränkt sie sich auf irgend welche Zustände. Seiner Anschauung gemäss ist die gewöhnliche „Heufieber" genannte Krankheit einfach eine Vereinigung gewisser hervorragender und häufig auftretender Symptome einer besonderen Form der Nasenentzündung, welcher er den Namen Rhinitis sympathetica beigelegt hat. Sie characterisirt sich durch eine eigenthümliche Reizbarkeit des cavernösen Nasengewebes, möglicherweise gebunden an ein Exaltationsstadium der Nervencentren. (Vide einen Auszug im Maryland Medical Journal 11. April 1885; ferner die Pathologie der Affection in Trans. American Laryng-Association 1884. p. 113 und einige Artikel im N. Y. Medical Record 19. Juli und 18. October 1884.). Rücksichtlich der Therapie solcher Fälle muss man gewisse Prinzipien, welche der Aetiologie und dem Mechanismus der Paroxysmen zu Grunde liegen, fest im Auge behalten. Man muss sich klar sein, dass die Reizbarkeit des Muschelgewebes eine secundäre Erscheinung ist, welche in der Regel von einer directen Einwirkung auf die sensiblen Schleimhautnerven und auf die letzten Endigungen des Olfactorius abhängig ist. Der Reiz kann aber auch indirect von einem entfernteren Organ aus durch die vasomotorischen Centren dahin übertragen oder reflectirt werden. Er kann endlich auch von gewissen Erregungspunkten der Centren selbst ausgehen. Dieser Reiz der Nervencentren, welches auch immer sein Ursprung sein mag, wird nach aussen reflectirt, wahrscheinlich durch die sympathischen Fasern, welche die Muschelgebilde mit den Nervi sphenopalatini verbinden. Da nun diese Nerven über die hinteren und unteren Partieen der Nasenhöhlen (sensitive Reflexarea) vertheilt sind, so zeigt sich die Turgescenz des erectilen Gewebes besonders an dieser eigenthümlichen Area, und man findet daher, dass diese Fläche die sensitivste Stelle zur Erzeugung von Reflexphänomenen darbietet. Zerstört man also die terminalen Endigungen der sensitiven Nerven, so erzielt man ein Resultat, nämlich man schliesst eine Thür vor dem von aussen kommenden Reiz der Nervencentren ab. Will man den Einfluss der letzteren vollständig beseitigen, so muss man ausserdem alle Quellen der localen Irritation, woher sie auch fliessen mögen, verstopfen. Auf diese Weise verhütet man das Ausbrechen der Paroxysmen in Folge von äusseren, direct auf die Nasenschleimhaut wirkenden Agentien. Die genannten Massregeln sind jedoch offenbar ungenügend, um gegen diejenigen Anfälle Schutz zu gewähren, welche durch die im Organismus selbst liegenden, oder im Wege des Reflexes von anderen Körpertheilen übertragenen Reize hervorgerufen werden. Die hierbei zu erfüllende Indication verlangt Entfernung der Ursache, Ab-

schwächung und Beseitigung der Reflexerregbarkeit des erectilen Gewebes. Doch ist dies nicht in der Weise herbeizuführen, dass wir eine künstliche Contraction der Muskelelemente bewirken, deren unausbleibliche Folge eine Schwächung der Nerven und Dilatation der intercellulären Wände sein würde, sondern durch Alteration der Ernährung der Nervencentren, so dass sie nicht so leicht auf die Reize reagiren, welche den Reflex hervorrufen. Versagen diese Methoden, so muss man die Zerstörung des cavernösen Gewebes unternehmen. In der Mehrheit der Fälle ist es weder nöthig noch rathsam, grosse Partieen der Schwellkörper zu zerstören; wie viel davon zu opfern ist, das hängt von dem einzelnen Falle ab. Mackenzie wartet gewöhnlich die paroxysmenfreie Zeit nicht ab, sondern operirt zwischen den Paroxysmen und hat auf diese Weise deren Wiederkehr verhindert, selbst wenn die Individuen den Schädlichkeiten, welche den Anfall sonst hervorriefen, ausgesetzt waren. Er macht mit dem galvanocaustischen Messer einen Kreuzschnitt in das Gewebe, welches entfernt werden soll. Der Vortheil dieser Methode besteht darin, dass eine dauernde Narbe zurückbleibt und die Nasenhöhle vergrössert wird.

Die Prognose hängt nicht nur von der speciellen Prädisposition und den die Krankheit erzeugenden Ursachen, resp. der Leichtigkeit, dieselben zu entfernen, ab, sondern ebenso von dem Grade der anatomischen Störung, welchen die Respirationsorgane, das Central-Nervensystem und die übrigen Körpertheile erlitten haben, die den Reflexstörungen unterworfen waren, wie sie durch die häufigen Paroxysmen bedingt sind. Im Allgemeinen ist sie gut; Besserung kann immer geschafft und in einem beträchtlichen Theil der Fälle auch Heilung bewirkt werden.

LEFFERTS.

32) **Morell Mackenzie** (London). **Heufieber. (Hay-fever.)** *London. J. & A Churchill. 1885. 54 pp.*

Die vorliegende Brochüre bildet bereits die dritte, vermehrte Auflage der im Jahrgang I., p. 46 des Centralblattes erwähnten „Lecture on hay fever". Hervorzuheben ist, dass der Autor fortgesetzt sowohl den nasalen Reflexneurosen wie der Localbehandlung des Heufiebers gegenüber einen äusserst reservirten — um nicht zu sagen: skeptischen — Standpunkt einnimmt. Ein interessanter Zusatz zu der Brochüre ist ein kleiner, mit wirklich fabelhafter Kenntniss der alten medicinischen Literatur verfasster Appendix, „Rosenschnupfen" (Rose-cold) betitelt, in welchem der Verfasser an der Hand einer bis zum Jahre 1565 zurückreichenden Casuistik eine dem Heufieber äusserst ähnliche, aber durch den Geruch von Rosen ausgelöste Affection schildert.

SEMON.

33) **Richard Henry Thomas. Bericht über einen Fall von sogen. Heufieber, der mit dem Galvanocauter behandelt wurde. (Report of a case of so-called hay-fever-treated by the galvanocautery.)** *Philadelphia Med. News 28. Febr 1885.*

Der Autor ist der Ansicht, dass das ätiologische Moment für dieses qualvolle Leiden ein äusseres Irritament sei, wie z. B. der Graspollen, welcher, sobald er mit dem reizbaren Schwellgewebe der Nase in Berührung tritt, einen so heftigen Reiz- und Entzündungszustand setzt, dass daraus alle Symptome dieser Krankheit, welche in der That nur Reflexerscheinungen sind, ihre Erklärung fin-

den. Dass das Leiden nicht rein nervöser Natur ist, geht schon daraus hervor, dass, sobald der Patient dem Einfluss des Reizmittel entzogen wird, alle Symptome schnell schwinden; dass diese aber sofort wiederkehren, wenn er sich unbewusst dessen Einwirkung aussetzt. Die Behandlung besteht in Entfernung der abnormen Gewebe etc., welche diese Disposition geben. Es ist dies die befriedigendste und sicherste Heilungsmethode. Ja, es ist dies überhaupt die einzige Methode, denn alle anderen Massnahmen sind nur von temporärer Wirkung. Sie besteht in localer Behandlung und kleinen operativen Eingriffen. Natürlich ist Alles zu entfernen, was im Stande ist, reizend zu wirken. LEFFERTS.

34) **J. N. Mackenzie** (Baltimore). **Sympathische Rhinitis. (Rhinitis sympathetica.)** *Maryland Med. Journal. 11. April 1885.*

Mackenzie schlägt vor, mit obigem Namen die lange Reihe von Reflexneurosen der Nasenwege, welche zur Zeit die Aufmerksamkeit der ärztlichen Welt erregen, zu bezeichnen.

Mögen diese Symptome einzeln auftreten, wie bei Asthma und Husten, oder vereinigt, wie in dem Ensemble der Reflexacte, welche als „Heufieber" (Coryza vasomotoria periodica) bekannt sind, immer sind sie nach M. als die proteusartigen Erscheinungen eines krankhaften Zustandes der Nasenwege aufzufassen, welcher allein gemeinsam ist, und als dessen Symptome sie anzusehen sind. Betrachtet man den Gegenstand von diesem Standpunkte aus, so sind die sogen. Reflexneurosen der mannigfaltige, semiologische Ausdruck eines einzigen Krankheitsprocesses — ein eigenthümlicher hyperästhetischer oder entzündlicher Zustand, der vornehmlich auf gewisse, wohlbekannte Gebilde der Nasenhöhlen localisirt ist. Mit anderen Worten, die als Heufieber bekannte Krankheit, das Reflexasthma und andere Erscheinungen, die von einer Nasenkrankheit herrühren, müssen als Symptome angesehen werden, die einer gemeinsamen Ursache entspringen und Theile eines einzigen pathologischen Processes bilden. Wenn wir nun fragen, welcher Zustand oder welche Zustände ihnen allen gemeinsam ist; welcher krankhafte Process sie einzeln oder in ihrer Gesammtheit zu erzeugen vermag und wie Erscheinungen, die äusserlich so sehr different ihrem Character und ihrer anatomischen Sphäre nach sind, auf eine einzige Quelle zurückzuführen wären, so finden wir die Antwort in gewissen, mehr oder weniger deutlich begrenzten und constanten Veränderungen in der Nase — erhöhter Reizbarkeit des Schwellgewebes, bis zur wohlbekannten hypertrophischen Entzündung desselben — und in einer gewissen gesteigerten Erregbarkeit des Sympathicus. Letzteren betrachten wir ja instinctiv als das vornehmste Organ zur Erzeugung der reinen Reflexacte. Welches auch das Causalitätsverhältniss zwischen der localen Nasenkrankheit und dem Zustand des Sympathicus sein mag, beide müssen als untrennbare Factoren zur Erzeugung der in Rede stehenden Erscheinungen angesehen werden. Es ist gleichgültig, zu welcher Hypothese wir auf speculativem Wege kommen mögen, — der vorstehend geschilderten Verhältnisse können wir sicher sein. Zur Erzeugung der characteristischen Symptome der genannten Krankheit ist eine gewisse Reizbarkeit der Nasenwege nothwendig plus einem Erregungszustand des Nervensystems. Dieser Irritationszustand kann als die Anfangsperiode des

einfach entzündlichen Stadiums der Rhinitis angesehen werden. (vide den in den Philadelphia Med. News., 4. April 1885 veröffentlichten Artikel.)

Wenn wir den Process, welcher die eigenthümliche Gruppe von Reflex- oder sympathischen Acten in Bewegung setzt, mit dem Ausdruck Rhinitis sympathetica, als Bezeichnung der ätiologisch wichtigsten, pathologischen Factoren belegen, dann ebenen wir uns, wie M. glaubt, den Weg für eine rationelle Interpretation der nasalen Neurosen, wie für eine wissenschaftliche Verallgemeinerung ihrer Erscheinungen.

Mackenzie's Essay stützt sich auf das Studium von über mehr als 60 wohl ausgesprochenen Fällen, deren Aetiologie, Symptome, Folgen, Prognose und Therapie sorgfältig beschrieben sind. Wir geben hiermit einen kurzen Auszug der wichtigsten Punkte:

Allgemeine Characteristica. Die Anfälle, welche dieses Leiden characterisiren, treten in Paroxysmen auf, zuweilen periodisch; zwar zu jeder Zeit, aber häufiger des Nachts, wenn man die Rückenlage einnimmt, oder auf der afficirten Seite liegt. Wechselnd in der Dauer und Schwere, ist das Auftreten entweder ein plötzliches, oder es geht Jucken und Verstopfung der Nase, Schnupfen, oder Symptome, welche auf eine Störung eines entfernteren Organs hinweisen, demselben vorauf. Nicht selten enden die Anfälle mit Niesen und reichlichem Ausfluss von Serum oder Schleim aus der Nase.

Gewöhnlich treten ein oder mehrere Symptome besonders gegen die übrigen hervor, oder eine Reihe von Symptomen findet sich bei demselben Individuen vereinigt vor, besonders in dem Falle von Coryza periodica. Die Vereinigung verschiedener der gewöhnlichsten Symptome dieses Leidens war früher und ist noch jetzt unter dem Namen „Heufieber" bekannt. — Demnächst wird die Altersfrage, der Einfluss des Geschlechts, die Rasse, die Erblichkeit, der Zustand der Nasenwege in pathologischer Beziehung, die Besonderheit des Baues etc., der Zustand der Haut, des Nervensystems etc. sehr ausführlich erörtert.

Personen, welche an dieser Krankheit leiden, gehören nicht nothwendigerweise zu der Classe der sog. „nervösen" Individuen; sie brauchen auch weder in der Vergangenheit noch gegenwärtig merkliche Zeichen einer Zerrüttung des allgemeinen Nervensystems darzubieten. Kein Alter oder Zustand ist immun; man trifft das Leiden sowohl bei hochstehenden Personen als unter der armen Bevölkerung, und sein Ursprung reicht bis kurz nach der Geburt zurück. Das Geschlecht ist wahrscheinlich ein ätiologisch gleichgültiger Factor. Die Aetiologie findet sich kurz zusammengestellt in den Artikeln, welche der Autor am 19. Juli und 18. October 1884 in dem N. Y. Medical Record veröffentlicht hat.

Die Nasenwege bieten alle Grade der pathologischen Veränderung dar, von der einfachen Irritabilität des Schwellgewebes bis zur ausgesprochenen hypertrophischen Entzündung. Polypen, Deviationen des Septum und andere Anomalien bringen secundär einen Reizzustand der Nasenhöhlen zu Wege: das Characteristicum dieses Leidens. (Vide den Artikel des Autors in den Transactions of the Med. and Chir. Faculty of Maryland 1884.)

Die wesentliche Eigenart des Paroxysmus hat, so weit sie die Nasenwege betrifft, ihren Grund in der erhöhten Reizbarkeit des Schwellgewebes, namentlich

des Theiles, welcher die hinteren und unteren Partieen der Nasenhöhlen bedeckt (sensitive Reflex-area. American Journal Med. Science, July 1883).

Hierauf erörtert Mackenzie die Frage nach der Localisation der sensitiven Area vom Standpunkte der klinischen und experimentellen Beobachtung und der anatomischen Grundlagen. Im Gegensatz zu Prof. Hack in Freiburg, welcher das vordere Ende der unteren Muschel als den sensitivsten Theil zur Erzeugung der Reflexerscheinungen durch Reizung anderer Partieen der Nase nur secundär auftreten lässt durch Schwellung der circumscripten Stelle, hält Mackenzie fest an der Ansicht, welche er in seinem ersten Artikel aufstellte. Er wurde darin noch mehr bestärkt, als er seine Experimente, wie es Hack*) in seiner Arbeit forderte, von Neuem wiederholte.

Der Mangel an Raum gestattet nur, einen kurzen Auszug der Symptome der Rhinitis sympathetica zu geben, die sich ausführlich in der Abhandlung des Autors finden. Unter diesen mag mit Bezug auf die verschiedenen Sinnesorgane Folgendes erwähnt werden:

Auge. — Schwellung und Entzündung der Conjunctiva, recidivirender Herpes, Keratitis, phlyctänuläre Eruptionen, mouches volantes und selbst Chemosis; — krampfhafte Zuckungen der Augenlieder, Asthenopie etc.

Ohr. — Ohrenklingen, Schwellung, Schmerzen, Jucken des Meatus extern., krampfhafte Action des Tensor tympani (?), Ansammlung von Ohrenschmalz, Rassel- oder schnappende Geräusche (von Burnett beschrieben) etc.

Nase. — Husten, perverse Empfindungen des Olfactorius, Antipathie gegen gewisse Gerüche etc., Schwächung oder völlige Aufhebung der Function des Olfactorius; eigenthümliches beständiges Jucken an der Nasenspitze, Epistaxis, Röthung der äusseren Nase etc. etc.

Zunge — Perverse Geschmacksempfindung, prickelnde Sensationen etc.

Mund. — Herpes, Salivation, Odontalgie, Periostitis der Zähne etc.

Nervensystem. — Hemicranie, Neuralgieen des Trigeminus, seiner Zweige und Anhänge, Jucken und Ameisenkriechen an verschiedenen Stellen des Körpers, epileptische Anfälle etc.

Muskelsystem. — Rheumatische Schmerzen, Krampf der Lid-, Gesichts-, Nacken- und Extremitätenmuskeln.

Herz. — Cardialgie, Anfälle, ähnlich der Angina pectoris, Palpitationen etc.

Haut. — Exantheme, besonders Urticaria, Schweisse etc.

Pharynx und Larynx. — Plötzliche Schwellung, zuckende und stechende Empfindungen, krampfhafte Affectionen der Stimmbänder (Aphonie), Husten etc.

Die tiefer gelegenen Respirationsorgane. — Asthma, Bronchialreizung (Schwellung, vielleicht Entzündung). Zuweilen treten Symptome auf, die auf den Urogenitalapparat zu beziehen sind (Elsberg).

Gastro-intestinaltractus. — Reizung, Dyspepsie, Erbrechen etc.

Unter anderen Symptomen wären noch Vertigo, Convulsionen (bei Kindern) etc. zu erwähnen.

---

*) Hack hat neulich seine Ansicht modificirt. (Deutsche med. Wochenschrift. No. 28. 1884. Abdruck.)

Complicationen. — Gewisse Structurveränderungen in den vornehmlich betheiligten Organen, neurasthenische Zustände und als Endresultat der Paroxysmen Störungen der Geistesthätigkeit.

Die Prognosis wird von einer Reihe verschiedener Umstände abhängig sein; von dem Grad der Structurveränderung in den verschiedenen Organen, von der Entstehungsursache der Krankheit und der Leichtigkeit, sie zu beseitigen. Im Allgemeinen kann jedoch die Prognose als günstig bezeichnet werden.

Die Therapie ist dieselbe, wie sie in der Abhandlung des Autors über Coryza vasomotoria periodica (Med. Record. 19. Juli 1884) skizzirt worden ist.

In der Original-Abhandlung findet sich ein vollständiges Literatur-Verzeichniss über die Reflexneurosen der Nase. LEFFERTS.

35) **Roth** (Wien). **Zur Diagnose und Therapie der mit Nervenkrankheiten zusammenhängenden Reflexneurosen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 16 u. 17. 1885.*

R. schliesst sich der Ansicht Fränkel's, Schäffer's etc. an, dass diese Neurosen nicht blos von den Schwellkörpern, sondern auch von anderen Nasenpartien ohne Vermittlung der Schwellkörper ausgehen können, und dass sie überhaupt häufiger bei nervösen Menschen auftreten, aber immerhin auch bei robusten Leuten vorkommen. R. sucht dann Anhaltspunkte zu geben für die Beurtheilung, ob die Neurosen von der Nase ausgehen oder nicht. Das Zusammentreffen der nervösen Anfälle mit Niesen, Ausfluss etc., oder doch wenigstens das Vorhandensein von Schwellungen in der Nase, Polypen etc. sprechen für die Abhängigkeit der Neurosen von der Nasenaffection. Fehlen Veränderungen in der Nase, so darf man nur nach Ausschluss aller anderen Organerkrankungen diese Abhängigkeit annehmen; sehr oft ist die Beurtheilung sehr schwierig. Sind Vergrösserungen der Schwellkörper oder Hypertrophien oder Polypen vorhanden, so empfiehlt R. die galvanocaustische Behandlung, sei es, um blos die localen Beschwerden, oder sei es, um die Reflexneurosen zu beseitigen, die selbst beim Vorhandensein anderer Organerkrankungen oft noch günstig durch die Localbehandlung beeinflusst werden. CHIARI.

36) **Julius Sommerbrodt** (Breslau). **Nasenreflex-Neurosen.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 10. S. 146. und No. 11. S. 772. 1885.*

Sommerbrodt hat seit seiner Mittheilung vom vorigen Jahre (Centralblatt 1884, S. 44) 138 Kranke wegen Reflexvorgängen mit der Galvanocaustik behandelt; davon kamen nur 8 zu ihm, weil sie den Grund ihres Leidens in der Nase vermutheten (Nieskrämpfe). Die einzelnen Neurosen waren: 1. Vasodilatatorische Neurose der Bronchialschleimhaut ohne Asthma (Sommerbrodt), sonst „Catarrhe sec“ genannt 20 (13 geheilt, 1 gebessert). 2. Migräne 14 (8 geheilt, 1 gebessert). 3. Asthma 52 (18 geheilt, 12 gebessert, 5 ungeheilt, 8 in Behandlung, 9 ohne definitive Nachricht). 4. Reflexerscheinungen nach Pharynx und Larynx 22 (16 geheilt, 2 gebessert). 5. Nieskrämpfe 8 (6 geheilt). 6. Nasenhusten 6 (alle geheilt). 7. Trigeminusneuralgien 3 (2 geheilt). Sommerbrodt ist in Bezug auf den Ausspruch „flächenhafte“ Cauterisation missverstanden worden: Er zerstört mit einem (abgebildeten) Platinspiralbrenner den „Schwellkörper gründlich“.

E. Moritz (Petersburg) macht im Anschluss an diesen Aufsatz (Berliner klin. Wochenschr. No. 14. S. 219. 1885.) darauf aufmerksam, dass unter den sub 1 aufgeführten Fällen solche wären, die dem Asthma sehr ähnelten. B. FRAENKEL.

37) **Ch. Féré. Das neuropathische Niesen. (Les éternuments névropathiques.)** *Progrès méd No. 4. 24. Januar 1885.*

Es wird ein an der Klinik Charcot beobachteter Fall von anfallsweise auftretenden Nieskrämpfen beschrieben. Der Fall betraf ein Mädchen von 16 Jahren, das mit neuropathischer Heredität belastet, alle Zeichen von Hysterie darbot. Das Niesen folgte rasch auf einander: 32—40 Niesacte in der Minute. In 3 Wochen zählte man 16,195 anfallsweise sich zeigende Niesacte. Des Niesen war von keiner Secretion gefolgt und wurde als Theilerscheinung der Hysterie angesehen.

E. J. MOURE.

38) **Alexander W. Mac Coy. Bemerkungen über „Nachthusten", besonders bei jungen Kindern. (Observations of night cough, especially in young children.)** *Philadelphia Med. News. 28. Febr. 1885.*

Der Autor ist der Ansicht, dass 1. der Husten oft unabhängig sei von einem entzündlichen oder catarrhalischen Process im Kehlkopf oder den Bronchien; 2 dass er auch nicht im Allgemeinen von einer vorangegangenen Schwellung der Tonsillen oder von einer Pharyngitis abhängig ist; sondern 3. dass er einzig und allein durch einen Nasencatarrh mit gleichzeitiger Secretabsonderung bedingt wird.

Dass die Hustenattaquen bei den Kindern (und Erwachsenen) des Nachts auftreten, sobald sie sich in Rückenlage befinden, hat darin seinen Grund, dass am Tage bei der aufrechten Stellung das Secret nach dem Gesetz der Schwere leicht durch die Nase, sei es nach vorn, sei es nach hinten, abfliessen kann, unterstützt durch die Functionen der Fauces, des Gaumens, des Larynx etc. Des Nachts aber kann sich bei dem Kinde mehr oder weniger Schleim in der Nase ansammeln, oder derselbe wird nach einigen Stunden secernirt. Liegt nun das Kind, so wird das Secret nach dem Gesetz der Schwere allmälig durch die Choanen sich ergiessen; es bildet gleichsam eine elastische Membran, welche sich allmälig verlängert und abwärts nach dem Pharynx gleitet, bis sie den freien Rand der Epiglottis berührt. Sobald aber diese Störung sich bemerklich macht, tritt ein Hustenanfall auf. Da sich das immer wieder erneut, so hat die einfache mechanische Reizung beständig einen krächzenden Husten zur Folge. Wenn der elastische Schleim die Epiglottis passirt, so gelangt er gegen die hintere oder Arytaenoid-Portion des Larynx und ruft dieselben Symptome hervor. Bleibt nun die elastische Haut hoch oben in dem Nasenrachenraume hängen und ist sie sehr zähe, so kann begreiflicherweise der Husten Stunden lang anhalten, bis der Schleim sich ablöst und in den Larynx gelangt. LEFFERTS.

39) **L. Wille** (Berlin). **Der Trigeminushusten.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 16. S. 252. und No. 17. S. 274. 1885.*

Wille vertritt die Ansichten Schadewald's. Unter Trigeminushusten versteht Schadewald „die häufigen Fälle von Hustenerkrankungen, die ohne nachweisbare Erkrankungen an Kehlkopf und Lungen auftreten, die aber stets

beim Sondiren der Nasaläste des Trigeminus zu Hustenanfällen führen“. Der Trigeminushusten ist eine pathologische Reflexfunction dieses Nerven und zwar die pathologische Umwandlung des Nieseactes. Er ist die bei weitem häufigste pathologische Hustenart. Die Reflexneurose des Trigeminus, die den Husten bedingt, kann mit und ohne anatomische Veränderungen im Naseninneren (namentlich ohne vermehrte Füllung der sogenannten Schwellkörper) bestehen, ohne von denselben abhängig zu sein. Das Asthma nervosum wird stets von diesem Trigeminushusten begleitet und stellt nur die höchste Potenz desselben vor. Die Auslösung des Reflexes erfolgt von allen Aesten des Gangl. spheno-palat., ausserdem vom N. ethmoid. (und auriculo-temporalis n. trigem.?). Jede locale Behandlung im Gebiet des Trigeminus, welche alterirend auf seine Reflexfunction wirkt, kann Besserung resp. Heilung zur Folge haben. Dem Verf. hat sich am besten das Electrisiren des Nasalnerven mittelst schwachen Inductionsstromes bewährt. Mit Electroden aus dünnen übersponnenen Drähten, die vorn mit stark angefeuchtetem Leder überzogen sind, wird nach Schadewald subtil das Cavum narium abgesucht. Zunächst entladen sich dann die Nerven ihrer pathologischen Reflexe; alsdann tritt ein Uebergangsstadium ein. Man sieht den Nerven bei Reizung sich seiner physiologischen Functionen erinnern, es erfolgen tiefe Inspirationen, wie sie dem Niesen voranzugehen pflegen, ohne dass es zum eigentlichen Niesen kommt — endlich aber bricht das eigentliche Niesen durch. Die Behandlung muss öfters vorgenommen werden. Diese eigenartigen Ideen über Asthma und dessen Zusammenhang mit Nasenkrankheiten hat Schadewald zuerst in der Discussion über einen Vortrag des Ref. in der Berliner medicin. Gesellschaft am 23. Februar 1881 ausgesprochen. Wille beschwert sich mit Recht, dass hiervon in der betr. Literatur nirgends etwas erwähnt sei. Wenn er aber selbst (S. 274) bemerkt, dass Schadewald in dieser Discussion der erste gewesen sei, welcher den Zusammenhang zwischen Nase und Asthma nervosum kritisch würdigte, so ist dies eine starke Verkennung der Thatsachen. Denn der Vortrag des Ref., über den damals discutirt wurde, behandelte den „Zusammenhang zwischen Asthma und Krankheiten der Nase“. Auch hatte Ref. in seinem Vortrag, also vor Schadewald, den Nasenhusten bereits erwähnt, muss aber dessen regelmässiges Auftreten bei von der Nase aus ausgelöstem Asthma, wie in jener Discussion, so auch heute trotz fortgesetzter eingehender Untersuchung dieser Angelegenheit entschieden bestreiten.

B. FRAENKEL.

40) **J. Ensing** (Schagen) **Noch Etwas über den Trigeminushusten. (Nog Iets over Trigeminushoest.)** *Tijdschrift voor Geneeskunde. No 22. 1885.*

Eine 16jährige Patientin war von einem trockenen, „stossenden“ Husten geplagt, welcher sie schliesslich sehr anämisch und nervös machte. Nachdem die physicalische Untersuchung aller einschlagenden Organe nichts Anormales ergeben hatte, nahm der Autor, angeregt durch ein Referat obigen Journals über Reflexneurosen, die Untersuchung der Nase vor. Er fand rechterseits Hyperämie der Concha media mit leichter Schwellung, linkerseits nichts. In Ermangelung der Galvanocaustik wurden einige Einblasungen von Argent. nitr. c. amylo vorgenommen und die Patientin in kürzester Zeit von ihrem Uebel vollständig befreit.

BAYER.

41) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Nasenasthma, seine Ursachen und Behandlung. (Nasal asthma, its causes and treatment.)** *British Med. Journal. 16. May 1885.*

M. sucht die Ursache des nasalen Asthma, sowie anderer von der Nase ausgehender Neurosen (Nieskrampf, Heufieber, Husten, profuse wässerige Secretion etc.) in einer anomalen Reizbarkeit der Nasenschleimhaut, welche wiederum durch chronische Entzündung bedingt, resp. verschlimmert wird.

Therapeutisch empfiehlt er lösliche, 0,005—0,01 Extr. Belladonnae enthaltende Nasenbougies, von denen je eine in jedes Nasenloch Nachts und Morgens zu stecken und dort zu belassen ist, bis sie zerschmilzt. Ihr Gebrauch, dem eine Reinigung der Nase mittelst des Spray vorherzugehen hat, hat sich ihm in einschlägigen Fällen gegen alle genannten Formen vorzüglich bewährt, besser als Atropinum sulf. enthaltende Bougies, mit denen M. ebenfalls experimentirt hat. Ihr Gebrauch verursacht ein leichtes, schnell vorübergehendes Brennen.

In Fällen hypertrophischer, Reflexneurosen auslösender Rhinitis verspricht sich Verf. gute Dienste vom Gebrauch von Cocainbougies. SEMON.

42) **Ch. Schleicher** (Australien). **Eine neue Behandlung von Asthma, Heufieber und Neuralgien des Kopfes. (A new treatment of asthma, hay-fever and neuralgies of the head.)** *Australian Med. Journal. 1885.*

Recapitulation der Hack'schen Lehren über die von Nasenleiden ausgehenden Reflexneurosen, nebst Mittheilung eines durch Galvanocauterisation der mittleren und unteren Nasenmuscheln geheilten Falles von Asthma und Neuralgie der Nn. supraorbitales und temporales. SEMON.

43) **J. B. Thorowgood** (London). **Asthma durch den Geruch eines gekochten Hasen erzeugt. (Asthma caused by the smell of a cooked hare.)** *British Med. Journ. 28. Februar 1885.*

Unter den Ursachen, die bei einem 40jährigen Herrn, der seit seiner Kindheit an Anfällen spasmodischen Asthmas gelitten hat, eine Attaque auslösen können, befindet sich der Geruch von Hasenbraten. Der Patient hat sogar bemerkt, dass dieser Geruch einen stärkeren Einfluss auf sein Leiden ausübt, als der von Hasenfellen. SEMON.

44) **Fincke** (Halberstadt). **Epilepsie geheilt durch Nasenpolypen-Operation.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 4. p. 50. 1885.*

Fall von Epilepsie bei langdauernder geistiger Benommenheit, in dem die Ausrottung eines traubenförmigen Nasenpolypen, der die rechte Höhle verstopfte, eine nunmehr zwei Jahre lang beobachtete Heilung brachte. Schwellkörper waren nicht bemerkbar. B. FRAENKEL.

c. Mundrachenhöhle.

45) **Ziem** (Danzig). **Ueber den Abschluss der Mundhöhle von der Rachenhöhle bei Nasenathmung.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1885.*

Als einen Beweis für die dichte Anlagerung der Zunge an den Gaumen führt Verf. folgenden Versuch an. Füllt man die Mundhöhle mit Cigarrendampf, ohne

ihn in der gewöhnlichen Weise wieder auszustossen, so kann man dabei ohne Zwang beliebig lange durch die Nase athmen und ohne dass eine Spur des Dampfes in den Rachenraum tritt. Erhebt man aber das Gaumensegel nur ein wenig, so dringt sofort der Rauch in den Nasenrachenraum und zur Nase heraus. Auch eine Bemerkung von H. v. Meyer deutet darauf hin, nämlich, dass durch das Auseinanderreissen der Zunge und des Gaumens bei grossem Durste durch eine Schluckbewegung eine schmerzhafte Empfindung erzeugt werde. SCHECH.

46) C. H. Hughes. **Unfähigkeit zum Gurgeln und uncoordinirte Rückwärtsbewegungen als neue Symptome für Cerebral- und hintere Spinalsclerose. (Inability to gargle and incoordinate backward movements, additional signs of cerebral and posterior spinal sclerosis.)** *N.-Y. Med. Journal. 25. April 1885.*

Schlingbeschwerden in den vorgeschrittenen Stadien der aufsteigenden hinteren Spinalsclerose und der absteigenden Cerebrospinalsclerose sind nichts Ungewöhnliches; aber die Unfähigkeit zum Gurgeln, die früher nicht bestand, ist, nach des Verf. Erfahrung, bisher nicht als ein frühzeitiges Symptom in frischen Fällen bekannt gewesen. Er hat neuerlich nach diesen beiden (an der Spitze des Artikels erwähnten) Symptomen geforscht, wenn die Untersuchung den Verdacht auf Ataxie erregte. Sie sind den anderen Erscheinungen von Incoordination und geschwächter oder aufgehobener Reflexerregbarkeit gleichwerthig.

Es ist eine weise Vorsicht, bei der Untersuchung darnach zu forschen, ob die Fähigkeit zum Gurgeln oder zu Rückwärtsbewegungen vorher in gutem Maasse vorhanden war. Denn nur der Verlust und nicht das blosse Fehlen dieser Functionen deutet auf Ataxie hin. Es giebt gesunde Personen, die nur eine schwache Erregbarkeit in einigen der gewöhnlichen Reflexkreise, besonders des Quadriceps femoris, besitzen; ja bei einigen gesunden Personen scheint sie überhaupt niemals vorhanden gewesen zu sein. LEFFERTS.

47) Sell (Dänemark). **Fälle von „Lingua nigra". (Tilfaelde af „Lingva nigra".)** *Hospitals Tidende. p. 87. 1885.*

Theilt 3 Fälle mit, die alle bei alten Leuten vorkamen (90jähr. Frau, 65jähr. Mann, 79jähr. Frau). Die Affection bestand seit 7 bis 20 Jahren. Ein übler Geschmack im Munde war das einzig subjective Symptom. Die Farbe der afficirten Theile variirte von schwarz bis gelbweiss. Die tingirten Flecke wurden durch dicht aneinander gestellte schmutzig gelbe, 5 bis 6 Mm. lange Fäden, die auf gesundem Boden sassen, gebildet. Die abgeschabten Massen waren zufolge der microscopischen Untersuchung (Dahl) aus hypertrophischen, filiformen Papillen von gelbbrauner Farbe zusammengesetzt. Zwischen den Epithelschuppen wurden zahlreiche Gruppen von runden oder ovalen, scharf begrenzten, stark lichtbrechenden Körperchen gefunden, die einen Durchmesser von 0,002 bis 0,005 Mm., durchschnittlich von 0,004 Mm. hatten. Dicht an der Wand dieser Körperchen lagen oft bedeutend kleinere (0,001 Mm.) runde oder ovale Körper. Ein einziges Mal wurden dünne, verzweigte Fäden (0,001 Mm. dick), in welchen Reihen von kleinen lichtbrechenden, ovalen Körpern vorhanden waren, gefunden. Es handelte sich

zweifelsohne um eine Mycose, über deren Art Professor Dahl nur das aussagen konnte, dass weder Leptothrix, noch Oidium albicans vorlägen. SCHMIEGELOW.

48) **Erb** (Heidelberg). **Ein seltener Fall von atrophischer Lähmung des N. hypoglossus.** *Deutsches Archiv für klin. Medicin. 38. Bd. 30. Juni 1885.*

Die periphere, isolirte und mit Entartungsreaction einhergehende Lähmung betrifft einen 13jähr. Knaben und ist ätiologisch völlig unaufgeklärt. Merkwürdig ist, dass die Zungenspitze beim Herausstrecken der Zunge auf der gelähmten Seite gekrümmt erscheint, und dass die linke Zungenhälfte in vicariirender Weise die Function der kranken übernommen hat. Verf. kommt auf Grund genauer am Kranken angestellter Versuche zu dem Schlusse, dass der Hypoglossus oberhalb des Zungenbeins keine sensiblen Fasern enthalte und deshalb mit der Sensibilität der Zungenoberfläche nichts zu thun habe. Die Auslösung von Schluckbewegungen durch den Hypoglossus erklärt Verf. für eine reflectorische, sie geht auf anderen Bahnen vor sich, wahrscheinlich durch den Laryng. super., laryng. infer., und andere den Rachen, Gaumen und Zungengrund versorgende sensible Nerven.

SCHECH.

49) **L. Hirt** (Breslau). **Ueber Hemiatrophie der Zunge.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 76. S. 411. 1885.*

Bei einer 76jähr. Frau stellte sich in Folge eines apoplectiformen Anfalles Hemiatrophie der Zunge rechts mit Verminderung der Sensibilität des Kehldeckels und des Larynxrandes ein. Da die laryngoscopische Untersuchung (Sommerbrodt) vollkommene rechtsseitige Recurrenslähmung zeigt, nimmt H. an, dass es sich um eine bulbäre Hämorrhagie resp. embolische Erweichung im rechten Hypoglossus- und Vagus-Accessoriuskern handele. B. FRAENKEL.

50) **Kaposi** (Wien). **Glossodynia exfoliativa.** *Wiener med. Presse. No. 72, 13, 75, 76, 78. 1885.*

K. schliesst aus diesem Krankheitsbegriffe alle die Fälle aus, wo der Sitz des Schmerzes in einer vergrösserten Papilla foliata (Albert) liegt, und geht dann auf die Psoriasis linguae über, bei welcher in Folge von Rhagaden oder geschwürigen Einrissen Schmerzen auftreten können, besonders in dem Stadium des Epithelverlustes. Diese Schmerzen kommen und gehen aber mit den localen Veränderungen. Als Ursache der Psoriasis linguae erscheint meist Syphilis, doch kann auch Tabakrauchen, Verdauungsstörung, Anämie etc. dieselbe hervorrufen. Bei der Glossodynia exfoliativa dagegen ist der Monate und Jahre dauernde Schmerz in der Zunge bei kaum auffälliger und jedenfalls sehr geringfügiger anatomischer Läsion das characteristische. Dieselbe beschränkt sich nämlich auf rothpunktirte Beschaffenheit der Spitze und des Rückens, auf scharfbegrenzte Flecke und facettirtes Aussehen der Ränder, also auf Abschilferung des Epithels und Congestion der Papillen, welche Zustände aber sehr häufig vorkommen ohne jede unangenehme Sensation. K. erklärt die trotzdem bei gewissen Personen (meist Frauen mittleren Alters und aus den besseren Classen) auftretenden unangenehmen Sensationen und oft quälenden Schmerzen aus gesteigerter nervöser Erregbarkeit. Bepinselungen mit Lapislösungen und Behandlung der etwa zu

Grunde liegenden Anämie, Dyspepsie etc. gaben ihm noch die besten Erfolge; manchmal konnte gar keine Besserung erzielt werden. CHIARI.

51) **P. Güterbock** (Berlin). **Ueber Hemiglossitis**. Vortrag in der Berliner medicin. Gesellschaft. *Berliner klin. Wochenschrift. No. 22. S. 357. 1885.*

In Folge der Beobachtung von herpetischer Hemiglossitis nimmt G. zur Erzeugung der Hemiglossitis überhaupt Nerveneinfluss an. Er versteht darunter scharf-einseitige entzündliche Zungenaffectionen, die plötzlich auftreten. Ihre Ausbreitung richtet sich nach den Verzweigungen des N. trigeminus; zuweilen wahrscheinlich auch noch der Chorda tympani. In der Discussion will Sonnenburg die Affection als eine einfach entzündliche auffassen, und erwähnt Remak eines Zoster lingualis im Ausbreitungsbezirk der Chorda. B. FRAENKEL.

52) **Caulier. Ueber die Glossitis profunda acuta. (De la glossite profonde aigue.)** *Thèse. No. 112. 4. Febr. 1885.* Paris. A. Parent.

C. zieht obigen Titel der neueren Beichnung: Glossitis parenchymatosa vor, da die pathologisch anatomischen Veränderungen zumeist weit mehr das interstitielle Zungengewebe als das eigentliche Parenchym betreffen.

Die These enthält zwei selbstbeobachtete Fälle von Glossitis profunda. Der erste Fall betraf einen 60jähr. Mann, der, nachdem er Tags zuvor einen Halsschmerz verspürt hatte, in der Nacht plötzlich erwachte und eine grosse Fleischmasse im Munde fühlte, die er nicht bewegen konnte; er konnte kein Wort hervorbringen und hatte leichte Athembeschwerden. Nach 3 Tagen waren unter blosser Anwendung von Blutegeln in der Retro- und Submaxillargegend die Entzündungserscheinungen zurückgetreten.

Der zweite Fall betraf einen 48jähr. Mann, der häufig an Mandelentzündungen in seiner Jugend gelitten hatte und nach vorhergegangenen Halsschmerzen und Schlingbeschwerden plötzlich in der Nacht Vergrösserung der Zunge bemerkte. Schmerzhaftigkeit namentlich an der Zungenbasis. Am 3. Tage hochgradige Dyspnoë, Frost; Fluctuation an der Zungenbasis nachweisbar. — Incision des Abcesses. Heilung. — Der Autor führt noch vier andere einschlägige Fälle aus der Literatur an und giebt einen kurzen Abriss der Aetiologie, der Symptome und der Therapie der Glossitis profunda acuta. — Die neueren Arbeiten z. B. von Massei, Grazzi u. A. bleiben ganz unberücksichtigt. E. J. MOURE.

53) **Albert** (Wien). **Einige seltenere Erkrankungen der Zunge.** *Wiener medicin. Presse. No. 1, 2, 3, 5 u. 6. 1885.*

1. Mehrere Fälle (ca. 10) von „schmerzhaftem Papilloma der Regio foliata." Dasselbe kommt fast nur bei Frauen vor, ist symmetrisch auf beiden Seiten vorhanden, gegen Berührung sehr schmerzhaft und combinirt sich mit Neuralgie oder Parästhesie der Zunge. Es besteht aus linsengrossen, gerötheten, eingekerbten Geschwülstchen; Touchiren mit Lapis oder dem Ferrum candens oder Exstirpation beseitigen den Schmerz für kürzere oder längere Zeit.

2. „Die flachen Papillome" liegen in der Mitte des Zungenrückens und bestehen aus bis $1/2$ Ctm. vergrösserten, röthlichen oder bläulichen Papillae fungi-

formes und weniger vergrösserten filiformes. Sie wurden bei 3 Jünglingen beobachtet und machten wenig Beschwerden.

3. „Gestielte Papillome" auf dem Zungenrücken (2mal).

4. „Cysten rapider Bildung". In 3 Fällen bildeten sich auf der unteren Zungenfläche oder dem Zungenrücken solche Gebilde innerhalb weniger Tage; A. hält sie für Retentionscysten.

5. „Fibroma." Glatte, blässere, wenig prominente, etwas resistentere erbsengrosse Flecke auf dem Zungenrücken; können Jahre lang unverändert bleiben.

6. Fibro-Lipom. Ein Fall von nussgrosser Geschwulst der Zungenwurzel. Wurde mit dem Galvanocauter abgetragen.

7. Sarcom der Zunge wurde einmal exstirpirt. CHIARI.

54) **Charon** und **Wehenkel. Geschwulst der Zunge, beobachtet bei einem siebenjährigen Kinde, von M. E. Charon; Untersuchung und Beschreibung der Geschwulst durch Wehenkel. (Tumeur de la langue observée chez un enfant de sept ans, par M. E. Charon; examen de la tumeur et description de celle-ci par le Wehenkel.)** *Journal de Méd., de Chirur. et de Pharmacol. Juin 1885.*

Zungengeschwülste bei Kindern sind rar. (D'Espine et Picot). Charon, gestützt auf seine Erfahrungen, sieht fast jeden Tumor, welcher sich bei Kindern in kurzer Zeit rapid entwickelt, als bösartig an, und meint, man könne nicht früh genug operiren. Es handelt sich im vorliegenden Fall um einen 7jähr. Jungen, welcher sich in der Kinderklinik mit einem kleinen, erbsengrossen Tumor am rechten Rande der Zunge, gegen deren Mitte hin, vorgestellt hatte. Die Geschwulst war scharf abgegrenzt, blutarm, fahl gelblich und von zweifelhafter Härte. Charon sah von der ihm indicirt scheinenden Exstirpation derselben ab auf das Gutachten seines Chefs (Dr. Henriette) hin, welcher dieselbe von dem schneidenden Rande eines kleinen Backzahns (der denn auch entfernt wurde), bedingt hielt. 5 Monate später wird das Kind wieder vorgestellt. Die Geschwulst hatte um das 10fache zugenommen, war nussgross; obgleich immer noch hart und scharf begrenzt ist sie jetzt blauroth und blutet bei der leisesten Berührung. Das Kind sieht bleich aus, hat eine Anschwellung rechts an der Unterkieferdrüse. Charon nahm nun die Exstirpation vor mit dem Ecraseur von Chassaignac, ohne Chloroform, nachdem er zuvor durch die Spitze der Zunge einen doppelten Faden gelegt und hinter den Tumor zwei Haken eingelegt hatte. Die Blutung dabei war mässig und wurde durch Cauterisation (womit?) prompt gestillt. 11 Tage nachher war das Kind vollkommen hergestellt.

Die histologische Analyse der Geschwulst wurde durch Prof. Dr. Wehenkel vorgenommen. Die Diagnose lautet: „localisirte Myositis („Form eines Knotens") mit Entzündung der interfibrillären Bindesubstanz." BAYER.

55) **W. Zahn** (Genf). **Beiträge zur Geschwulstlehre. Ueber einen Fall von Fibrom und Osteofibrom der Zunge mit hyaliner und amyloider Entartung.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 22. Bd. 27. Mai 1885.*

Zufälliger Befund bei einem Ertrunkenen ohne klinisches Interesse; der Fall

hat mit dem von Ziegler (Virch. Archiv Bd. 65) beschriebenen Aehnlichkeit; die histologischen Details eignen sich nicht für ein Referat und müssen deshalb im Original studirt werden. SCHECH.

56) **Jonathan Hutchinson** (London). **Lymphosarcom der Zunge. (Lymphosarcoma of the tongue.)** *Lancet. 13. Juni 1885.*

Der Fall wurde hauptsächlich wegen der Seltenheit des Auftretens dieser Geschwulstform in der Zunge und wegen der enormen Grösse der Neubildung am 9. Juni 1885 vor die Royal Medico-Chirurg. Society of London gebracht. Sonst bot er nichts Besonderes. Der Exstirpation der langsam wachsenden und zu Schling- und Athembeschwerden Veranlassung gebenden Geschwulst folgte nach zwei Jahren ungestörten Wohlseins Recidiv in der Narbe, rapides Wachsthum des Tumors und Tod. Der Patient war ein 22 jähriger Student der Medicin. — In derselben Sitzung zeigte H. einen an papillärem und nävusartigem Angiom der Zunge leidenden Patienten. SEMON.

57) **Hacker** (Wien). **Actinomycose der Zunge.** Kranken-Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte. Sitzung vom 17. April 1885. *Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte. No. 27. 1885.*

An der Zungenspitze eines Mannes fühlt man einen hanfkorngrossen, härtlichen Knoten, welcher auf Einstich einen krümlichen Inhalt mit zahlreichen Strahlenpilzen entleerte. Die Infection erfolgte hier wahrscheinlich von einer an Kieferngeschwulst erkrankten Kuh, welche der Kranke zu warten hatte. H. erwähnt noch zwei Fälle von Actinomykose der Zunge, einen des Nackens und zwei des Abdominalraumes, welche auf Billroth's Klinik zur Beobachtung kamen. CHIARI.

58) **R. C. Brandeis. Eine Modification des Türck'schen Zungenspatels. (A modification of Türcks tongue depressor.)** *N.-Y. Med. Journal. 18. April 1885.*

Der Zungentheil des Instruments besteht aus zwei Platten, welche, geschlossen, die gegenüberliegenden Seiten eines Hartgummihalters an einander legen und so ein compactes und transportables Instrument darstellen. Der Vorzug desselben vor dem Original, welches aus drei wechselbaren Zungentheilen besteht, ist augenscheinlich. LEFFERTS.

59) **Ward Cousins** (Portsmouth). **Ein neuer, sich selbst adjustirender Zungenspatel. (New self-adjusting tongue depressor.)** Mit Abbildung. *Lancet. 3. Jan. und Brit. Med. Journal. 14. März 1885.*

Das Instrument besteht aus zwei durch eine Sprungfeder mit einander verbundenen Platten, von denen die eine in der gewöhnlichen Weise die Zunge herunterdrückt, die andere unter dem Kinn des Patienten angebracht wird. Die Kraft der Sprungfeder hält das Instrument in Position. SEMON.

60) **F. Massei** (Neapel). **Idiopathischer Retropharyngealabscess. (Ascesso retrofaringeo idiopatico.)** *Rivista Clinica di Napoli. No. 6. 1885.*

Zweijähriges Kind. Athemnoth. Hals nach rückwärts und links gebeugt.

Linker Sternocleidomastoideus rigid. Ton der Stimme verändert. Die Storung hatte sich unter Schlingbeschwerden seit einem Monat entwickelt. Die Digitaluntersuchung ergiebt am Rachen etwas nach rechts von der Medianlinie eine weiche elastische Schwellung. Bei der Incision mit dem Bistouri entleert sich ein Strahl dicklichen, gelbgrünen Eiters, und die besorgnisserregende Dyspnoe verliert sich sofort. KURZ.

61) J. Clarke (Calcutta). **Fremdkörper im unteren Theil des Pharynx mit Bildung eines Abscesses und Perforation des Larynx. Tracheotomie. Tod. (Foreign body in lower part of pharynx with formation of abscess and perforation of larynx; tracheotomy, death.)** *Indian Medical Gazette. März 1885.*

Das Wesentliche des Falles erhellt aus dem Titel. Die Patientin war ein einjähriges Kind. Es war nicht zu ermitteln, dass ein Fremdkörper verschluckt worden war. Bei der Autopsie fand sich indessen ein scharfkantiges Stück Zinn, das fest in der vorderen Wand des Pharynx eingekeilt war, einen Abscess producirt und die rechte hintere Larynxhälfte perforirt hatte. Während des Lebens trat genossene Flüssigkeit durch die Tracheotomiecanüle aus. SEMON.

d. Diphtheritis und Croup.

62) **R. Virchow** (Berlin). **Croup und Diphtherie.** Vortrag in der Berliner medic. Gesellschaft. *Berliner klin. Wochenschrift. No. 9. S. 1885.*

Virchow giebt durch historische Betrachtung und pathologisch-anatomische Darstellungen Aufklärung über die Begriffe Croup und Diphtherie. Die Diphtherie ist „ein mortificirender Process, der in der Substanz selbst, im Gewebe sitzt, der also keine Pseudomembranen macht, die auf der Oberfläche sitzen, sondern der, wenn er scheinbar Pseudomembranen macht, sie nur dadurch macht, dass Theile der Oberfläche selbst exfoliirt werden, der also auch in jedem Fall, wo die Exfoliation stattfindet, einen Substanzverlust erzeugt, der also auch im günstigsten Falle oberflächliche Ulcerationen hervorbringt." In den mortificirenden Schichten finden sich, wie Virchow es 1847 nannte, Körner, und wie wir jetzt sagen, parasitäre Organismen, die als Ursache des Processes gelten, von der Oberfläche in die Tiefe dringen und hier phlegmonöse Processe hervorrufen können. Diesem gegenüber steht die fibrinöse Exsudation, bei welcher auf der Oberfläche eine Pseudomembran liegt, die abgelöst werden kann, ohne dass die Oberfläche der Schleimhaut dadurch geschädigt wird. Dadurch, dass dieser Zustand nicht mehr als croupös bezeichnet wird, ist wenigstens in Bezug auf die Bezeichnung Croup jede Verwirrung beseitigt. Denn Croup bleibt ein klinischer Begriff, der mit Erstickung etc., einhergehende acute Affectionen des Larynx bezeichnet. Es giebt diphtheritischen und fibrinösen Croup. Um das Vorkommen von fibrinösen Croup ohne jede Spur von Diphtherie zu beweisen, demonstrirt Virchow ein Präparat, in welchem bei weitverbreiteter Bildung von Pseudomembranen im Larynx und der Trachea doch weder ein diphtherischer Fleck, noch irgend eine Art von Substanzverlust an irgend einer Stelle sich findet, an welcher sonst Diphtherie vorkommt. Ebenso giebt es Diphtherie ohne fibrinöse Membranen.

Doch kommen auch beide Processe gleichzeitig vor. Virchow bemerkt ausdrücklich, dass er im Gegensatz zu seiner früheren Bemerkung das Vorkommen einer fibrinösen Exsudation im Pharynx anerkenne. Auf der anderen Seite gäbe es eine ulceröse diphtherische Laryngitis und Tracheitis. Virchow schlägt vor, die klinische Bezeichnung, z. B. Croup, an die Spitze zu stellen und durch hinzugefügte Adjectiva die anatomischen Besonderheiten zu kennzeichnen. (Ref. hat sich daran gewöhnt, mit dem Namen Diphtherie einen ätiologischen Begriff zu verbinden und den oben von Virchow beschriebenen anatomischen Zustand Diphtheritis zu nennen: er hat sich aber in keiner Weise für berechtigt gehalten, die hiervon abweichende Terminologie Virchow's zu verändern, und deshalb im Vorstehenden, wie Virchow dies thut, auch den anatomischen Zustand als Diphtherie bezeichnet.)

In der an den Vortrag Virchow's sich anschliessenden Discussion (Berl. klin. Wochenschr. No. 10. p 157) betont Henoch den ätiologischen Standpunkt und hält den Namen Diphtherie für unpassend zur Bezeichnung der infectiösen Krankheit, die wir jetzt so nennen. B. Fränkel dagegen richtet an Herrn Virchow die Aufforderung, da die Bezeichnung der betr. Infectionskrankheit als Diphtherie allgemein angenommen sei, die anatomische Benennung Diphtherie fallen zu lassen und für den so genannten Zustand einen anderen Terminus einzuführen. Virchow hält letzteres zur Zeit für unthunlich. B. FRÄNKEL.

63) **Rauchfuss** (Petersburg). **Ueber die Berechtigung und Bedeutung des klinischen Croupbegriffes.** *Jahresbericht für Kinderheilkunde. 23. Bd. 1. u. 2. Heft. 1885.*

Verf. kommt auf Grund vielfacher laryngoscopischer Beobachtungen zu dem Schluss, dass die acute subchordale Laryngitis bei der Entstehung der sogenannten Croupsymptome (Athemnoth, Stimmveränderung) die Hauptrolle spielt. Er unterscheidet fünf klinisch bestimmbare Croupformen: 1. Catarrhalcroup = Pseudocroup, 2. entzündlichen Croup = schwerer Croup; 3. fibrinösen Croup, 4. diphtheritischen Croup, 5. secundären Croup. Die Therapie soll in allen diesen Formen den Zweck haben, das Schleimhautgewebe zu entleeren durch Förderung der Blutbewegung, der Secretion und Durchfeuchtung. Man erreicht dies durch methodische und abundante Wassereinfuhr, Einpackungen und Uebergiessungen. Ein warmes Getränk — Wasser oder Lindenblüthenthee mit Zucker, eventuell mit Cognac — wird in der Quantität von 100 bis 200,0 halb- oder einstündlich verabreicht, so dass in 24 Stunden circa 3 bis 4 Liter consumirt werden, Milch, Bouillon nicht mit eingerechnet; ferner werden feuchte Einpackungen von 2 stündiger Dauer applicirt, abwechselnd mit Uebergiessungen zur Anregung der Respiration und Bekämpfung der Somnolenz. Innerlich empfiehlt Verf. das Apomorphin in nicht brechenerregender Dosis, eventuell Reizmittel, locale Befeuchtung, Bespülung und Reinigung der Schleimhäute durch Inhalationen schwacher alcalischer Lösungen oder Carbolsäure. Bei Diphtherie ist auch für gehörige Feuchtigkeit der Luft Sorge zu tragen. SCHECH.

64) **C. H. Hall. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Atlanta Med.-Surg. Journal. L p. 651–656. 1884/85.*

Der Autor glaubt, dass Diphtherie und Croup identisch seien. Die Prognose

ist ungünstig. Es giebt keine specifische Behandlung, diese muss vielmehr allein nach allgemeinen Principien geleitet werden. LEFFERTS.

65) **C. Bianchetti** (Asolo). **Diphtheritis und Croup. (Difterite e croup.)** *Rivista Veneta. Tom. II. 1885*

B. tritt für die Einheit von Croup und Diphtheritis ein. Die Bezeichnung „Croup" will er ganz fallen lassen, da derselbe nach seiner Ansicht nicht mehr, nicht weniger ist als die Diphtheritis des Kehlkopfs und der Trachea. Neues Licht wird vom Autor in diese viel erörterte Frage nicht gebracht. KURZ.

66) **J. A. Miller. Diphtherie und Croup. (Diphtheria and croup.)** *St. Louis Med. Journal. Mai, 1885.*

Die Diphtherie ist eine specifische und gewöhnlich eine epidemische Krankheit und entsteht durch Aufnahme und Vermehrung krankhaften Materials im Blut. Der Croup dagegen ist nur eine Entzündung der Schleimhaut des Larynx und der Trachea. Diese Sätze, deren Ausarbeitung, und eine Tabelle der differentiell diagnostischen Zeichen und Symptome bilden den Inhalt des Artikels. LEFFERTS.

67) **Sörensen** (Kopenhagen). **Bericht des „Blegdamshospital" für 1884. (Beretning om Blegdamshospitales for 1885.)** *Hospitals-Tidende. p. 566. 1885.*

Aus diesem Bericht sollen nur die folgenden Bemerkungen hervorgehoben werden:

Im Spital kamen 58 Fälle von Croup vor. 12 Mal trat der Croup als Complication von Morbilli auf. Von den Patienten starben 10 oder 83 pCt. Unter den übrigen 46 starben 30, also 65 pCt.

Bei 4 von diesen Patienten war eine Operation nicht nothwendig.

Die Ursache der grossen Mortalität war die Neigung des diphtheritischen Processes zu descendiren.

Bei der Section wurde Folgendes gefunden:

	Diphtheritis:				
	faucium	laryngis	trachea	bronchiorum	pneumonis
Unter 26 Fällen ohne Morbilli	22 Mal.	26 Mal.	22 Mal.	14 Mal.	11 Mal.
Unter 8 Fällen mit Morbilli	4 Mal.	7 Mal.	8 Mal.	3 Mal.	7 Mal.

Unter den mit Morbilli nicht complicirten Fällen starben:

von 16 operirten Kindern unter 2 Jahren . . . 15,
„ 16 „ „ von 2—5 „ . . . 6,
„ 10 „ „ „ 5—8 „ . . . 9,

so dass das Alter keinen entschiedenen Einfluss auf die Mortalität hatte. Bemerkenswerth ist es ferner, dass von 25 Mädchen 21, von 22 Knaben nur 9 starben.

Zwei Patienten wurden mit der Canüle entlassen.

Folgender Fall ist belehrend: Ein zweijähriges Kind wurde in das Spital wegen zunehmender Dyspnoë gebracht, und weil die Dyspnoë zunahm, tracheotomirt. Nach der Operation ein Krampfanfall, später Meningitis. Bei der Section wurde purulente Meningitis gefunden. Nichts Besonderes im Larynx.

Wegen Diphtheritis wurden 120 Patienten (73 Erwachsene, 47 Kinder) behandelt; von diesen starben 5 (1 Erwachsener, 4 Kinder). In einem Fall hatte die Schlunddiphtherie einen besonders langgezogenen Verlauf und schwand erst nach dem Gebrauch von Jodkalium; der Vater des Patienten war syphilitisch. 7 Mal wurde purulenter Ausfluss der Nase, 7 Mal Laryngitis und 14 Mal Albuminurie notirt. SCHMIEGELOW.

68) **Heusinger. Die Diphtheritis-Epidemie in Raguhn 1883/84.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 15. S. 231. 1885.*

Raguhn mit ca. 9000 Einwohnern, welches von bösartigen Epidemien seit „undenklichen" Zeiten frei war, wurde vom 7. Sept. 1883 bis 28. Mai 1884 von Diphtherie heimgesucht, die 80 Pat. befiel, davon unter 1 Jahr 3, von 1—5 Jahren 40, von 5—10 Jahren 19, von 10—15 Jahren 14, darüber 4, also das nichtschulpflichtige Alter die Hälfte. Es starben davon 21 (3:3; 40:12; 19:4; 14:2. Summa 76:21 = $27\,^{12}/_{19}$ pCt. Todesfälle). Zwei Kinder wurden 2 Mal befallen. Croup kam 14 Mal mit 13 Todesfällen vor. 5 Mal wurde tracheotomirt, und von den Tracheotomirten wurde 1 Fall gerettet. Verf. hat örtlich und innerlich verschiedene Mittel durchprobirt und keines bewährt gefunden. B. FRAENKEL.

69) **H. Kriege. Aus der Kinder-Klinik in Strassburg. Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Diphtherie mit Papayotin.** *Jahrb. für. Kinderheilkunde. XXIII. Bd. 1. u. 2. Heft. 1885.*

Will man Versuche mit Papayotin anstellen, so darf nebenbei keine Carbolsäure in Anwendung gezogen werden, da dieselbe die verdauende Kraft des Papayotin beeinträchtigt; ferner kommen sehr viele schlechte und unzuverlässige Präparate im Handel vor; die Forderung Rossbach's, man solle jedesmal erst das Papayotin auf seine Güte erproben, ist nicht durchführbar. An der Hand von 58 Krankengeschichten durchwegs schwerer Fälle kommt Verf. zu dem Resultate, dass durch halbstündige Pinselungen mit einer guten 5procent. Papayotinlösung die Membranen in kurzer Zeit aufgelöst werden. Die günstigsten Resultate bei Tracheotomirten glaubt Verf. darauf beziehen zu müssen, dass durch häufige Benetzung mit Papayotin die Membranen in der Trachea so schnell losgelöst und abgelöst wurden, dass der Process nicht auf die Bronchien fortschreiten konnte (? Ref.). Ein Specificum ist jedoch das Papayotin nicht. SCHECH.

70) **Ludwig Stumpf. Entgegnung auf die Bemerkungen Prof. Rossbach's über die Wirkung des Papayotins bei Diphtherie.** *Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 36. Heft 5 u. 6. 1885.*

Verf. bezweifelt, ob überhaupt die chemische Lösung der Membranen so sehr anzustreben sei, da die Gefahr der Resorption pathogener Stoffe zum mindesten nicht verringert werde. Die Wegschaffung resp. chemische Lösung sei allerdings im Kehlkopfe sehr zu wünschen, allein die Papayotinpräparate seien wie Rossbach selbst zugesteht, vielfach sehr unzuverlässig und zu der von R. vorgeschlagenen Prüfung fehle in dringlichen Fällen die Zeit. SCHECH.

71) **M. J. Rossbach** (Jena). **Ueber die Wirkung des Papayotin auf Diphtheritis, Croup und Croupmembranen.** *Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 36. p. 338. 19. Febr. 1885.*

Entgegnung auf das abfällige Urtheil L. Stumpf's über die Wirkung des Papayotin. Verf. betont vor allen Dingen die Thatsache, dass sehr viel schlechtes, ja völlig wirkungsloses Papayotin im Handel vorkomme, und dass man, um Irrthümer in Beurtheilung therapeutischer Ergebnisse zu vermeiden, jedesmal vor der Benutzung die Verdauungskraft des zu benutzenden Präparates durch eigene Versuche feststellen müsse. Auch sei seine Behandlung nicht so quälend, wie L. Stumpf sie hinstelle; bei kleinen Kindern pinsele er überhaupt nicht, sondern lasse dieselben an einen mit Papayotinlösung getränkten Tuchläppchen saugen. Das Papayotin löst nicht nur die Pseudomembranen in 2 bis 3 Stunden auf, sondern hat auch nach Finkler's und des Verf. Beobachtung insofern einen günstigen Einfluss auf die Diphtherie, als es mit der Entfernung der Membranen die von diesen ausgehende Neuinfection und die damit zusammenhängende Unterhaltung des Fiebers aufhebt und beseitigt. Leider ist der Preis der guten Präparate noch ein enorm hoher. SCHECH.

72) **W. Dreger** (Moskau). **Papayotin bei Diphtheritis. (Papayotin pri difterite.)** *Wratsch. No. 15. 1885.*

Das Präparat, welches zur Verwendung kam, wurde von Merk in Darmstadt bezogen. Die Behandlung bestand in Pinselungen der erkrankten Stellen alle 15 Minuten mit einer 5 proc. Papayotin-Lösung, die täglich frisch bereitet wurde, Nachts wurde den Kranken Ruhe auf 2 bis 3 Stunden gegönnt. Ausserdem wurde der Pharynx 4mal täglich mit einer Sublimatlösung von $1^0/_{000}$ gespült. Beim Beginn der Larynxaffection wurde eine 1 proc. Natr. bicarb. Lösung inhalirt. Tracheotomirt wurde frühzeitig und nach der Tracheotomie $^1/_4$ stündlich einige Tropfen der Papayotin-Lösung in die Trachea geträufelt. Die Kranken wurden nach Möglichkeit gut genährt und erhielten reichlich Excitantien.

Behandelt wurden im Ganzen 40 Fälle, von denen 9 nicht gezählt werden können, da die Pinselung bei denselben nicht gut gelang. Die übrigen 31 Pat. standen im Alter von 2 bis 11 Jahren. In 5 Fällen hatten sich die Beläge bis auf die Nasenhöhlen und in 3 Fällen bis in die tieferen Luftwege ausgebreitet, 19mal war Albuminurie vorhanden und 20mal liessen sich Erscheinungen allgemeiner Infection nachweisen. Es starben 18 Pat., 11 wurden gesund und 2 ungeheilt entlassen. Die Mortalität betrug 62 pCt. Verf. erlaubt sich folgendes Resumé: 1. Das Papayotin hat eine schwach auflösende Wirkung auf die schon in Rückbildung begriffenen Membranen. 2. Selbst die neuen zarten Beläge werden gar nicht durch die Pinselung beeinflusst. 3. Die Wirkung des Papayotins auf die Mortalität und der Allgemeinerscheinungen ist gleich Null. LUNIN.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

73) **Ph. Schech** (München). **Studien über den Schiefstand des Kehlkopfs und der Glottis.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 17. S. 269. 1885.*

Abweichungen der verticalen Axe des Kehlkopfs von der des Körpers (Sco-

liose des Larynx) finden sich aus pathologischen (Druck auf den Larynx durch Geschwülste, z. B. Kropf, Schiefstand des Glottis bei Recurrenslähmung) und physiologischen Ursachen. Letztere ist eine häufige Erscheinung und findet sich in Folge einer gewissen Asymmetrie der Schildknorpelplatten und dadurch bedingter Ungleichheit ihrer Neigungswinkel. Unter 200 Fällen fand Schech 50mal physiologischen, 5mal pathologischen Schiefstand. Das männliche Geschlecht war dabei erheblich häufiger (39mal) vertreten und 41mal zeigte der Schiefstand nach rechts. Laryngoscopisch bemerkt man dabei Schiefstand der Glottis. Sehr oft bekommt man den Eindruck, als wäre das eine Stimmband länger, oder als stünde ein Aryknorpel weiter zurück, oder als träte das Taschenband weiter vor, was zur Verwechslung mit Schwellungen desselben Veranlassung geben kann. Die Epiglottis steht fast immer gerade, ebenso die Trachea, wenn nicht pathologischer Schiefstand vorliegt. Als Ursache des physiologischen Schiefstandes erscheint nach Luschka der Druck festanliegender Halsbekleidung während der Entwicklungsjahre. B. FRAENKEL.

74) **Ariza** (Madrid). **Unvollkommenheiten der Laryngoscopie und geeignete Mittel zu deren Verbesserung. (Imperfecciones de la Laringoscopia y medios idendos para corregirlas.)** *El Siglo medico. No. 1642. p. 384. 14. Juni 1885.*

Zuvörderst erwähnt A., dass die Laryngoscopie in verhältnissmässig kurzer Zeit sich zu einer bedeutenden Höhe aufgeschwungen habe, dass aber diese Specialdisciplin der Medicin doch noch Manches zu wünschen übrig lasse, besonders da es immer noch Kranke gebe, die äusserst schwierig zu untersuchen seien. Diese Schwierigkeiten seien jedoch in letzter Zeit grösstentheils gehoben durch die Einführung des Cocains in die Laryngoscopie, und sei dieses Mittel in seinem Werthe allen früheren Anästhetica der Zugänge zu dem Kehlkopf und des letzteren selbst vorzuziehen. Wenn auch die Wirkung des Cocains sich nach der Individualität des Kranken richtet und so in manchen Fällen versage, so sei doch durch dessen Einführung in die Laryngoscopie derselben ein grosser Gewinn geworden. Es werden einige eigene Beobachtungen aufgeführt, und schliesst der Autor, dass das Cocain zwar nicht immer Anästhesie hervorrufe, dagegen die Reflexe aufhebe und die vaso-motorischen Nerven beeinflusse. KISPERT.

75) **Ledderhose. Ueber einen Fall von rechtsseitiger Kehlsackbildung.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd 22. 27. Mai 1885.*

Auf der rechten Halsseite fand sich bei dem Patienten eine kindsfaustgrosse beim Pressen, Husten etc. sich vorwölbende Geschwulst, welche auch in das Lumen des Kehlkopfes vorragte und zu Heiserkeit, Athemnoth und Schlingbeschwerden Anlass gab. Nach Entfernung der äusserlich sichtbaren Geschwulst blieb der Tumor im Larynx trotz vielfacher operativer Eingriffe unverändert bestehen. Hinsichtlich der Literaturangaben, der Aetiologie und sonstigen Details muss auf das Original verwiesen werden. SCHECH.

76) **E. Hofmann** (Zwickau). **Ein Fall von ausgedehnter Verwachsung beider Stimmbänder durch eine feste Membran.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1885.*

Vollständige Verwachsung der Glottis bis zu den Proc. vocales bei einem

62jährigen Manne; nirgends Spuren von überstandener Lues, Aetiologie unbekannt; die Membran wurde mit dem Messer durchtrennt und die Glottis durch Einlegung der Schrötter'schen Canülen erweitert: Patient entzog sich jedoch der völligen Beseitigung der Membran. SCHECH.

77) Lennox Browne (London). **Der Einfluss des Alcohols und des Tabaks auf die Stimme. (The influence of alcohol and tobacco in relation to voice use.)** *Proceedings of the Society for the Study and Cure of Inebriety. No. 3. Januar 1885.* H. K. Lewis. London.

Populärer, mit Anekdoten aus dem Leben berühmter Sängerinnen geschmückter Vortrag, der vor einer Gesellschaft zur Unterdrückung der Trunksucht gehalten wurde, und nachweisen soll, dass selbst mässiger Alcoholgenuss für die Stimme von Sängern im Allgemeinen schädlich oder nutzlos und nur in Ausnahmefällen indicirt ist. Tabak sei noch weniger zulässig als Alcohol. SEMON.

78) Dumont. **Glottisödem im Gefolge von Larynxsyphilis. Tod. Autopsie. (Oedème de la glotte survence dans le cours d'une laryngite syphilitique. Mort. Autopsie.)** *La Presse médicale belge. No. 19. 1885.*

Dumont berichtet aus der Carpentier'schen Abtheilung im Hospital St. Jean folgenden, wirklich fast unglaublichen Fall:

Zu einer gewöhnlichen hyperplastischen Larynxsyphilis bei einem sonst gesunden „robusten" Menschen gesellt sich Glottisödem. Nun sollte man doch denken, dass ein laryngoscopisches Examen vorgenommen worden wäre? Weit entfernt, nur daran zu denken! Vielmehr wurde eine klassische Behandlungsweise à la Molière eingeleitet, aber doch noch zum Schluss, wo es bereits zu spät war, die Tracheotomie vorgenommen. Wäre von Anfang an eine laryngoscopische Untersuchung vorgenommen worden, so hätte sich die Nothwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs, sei es Bougierung des Larynx, sei es Eröffnung der Luftwege mit dem Messer, ergeben und das Leben des Patienten wäre sicher gerettet worden! Für solche Unterlassungssünden sollte man gerichtlich verantwortlich gemacht werden, dann würde sich die Nothwendigkeit des Erlernens der Laryngoscopie von selbst ergeben! Ich bedauere den Internen, der unter seinem Namen den Fall veröffentlichen durfte! BAYER.

79) Joh. Hassing (Kopenhagen). **Tracheotomie eines 2monatlichen, an congenitaler Syphilis leidenden Kindes. Genesung. (Trakeotomi hos et 2 Maaneders Barn med kongenit Syfilis. Helbredelse.)** *Hospitals-Tidende. p. 33. 14. Jan. 1885.*

Mater syphilitica. Das Kind hatte bereits 5—6 Tage während des Saugens Respirationshindernisse wegen einer Coryza gehabt, als plötzlich entstandene Anfälle von Dyspnoë die Mutter veranlassten, das Kind am 8. April in's Kinderspital zu Kopenhagen zu bringen. Die Inspection des Mundes und die digitale Exploration des Schlundes zeigte nichts Abnormes. Die Stimme war nicht heiser. An demselben Tage wurde wegen drohender Erstickung Tracheotomie gemacht. Die obersten Trachealringe, Cart. cricoidea und der unterste Theil der Cart. thyreoidea wurden durchschnitten. Durch die Wunde konnte man das natürliche Aussehen

und die freien Bewegungen der Stimmbänder constatiren. Die vorräthigen Canülen waren zu gross, und die Knorpel wurden daher, wie es Martin und Sanders angegeben haben, durch 4 Seidensuturen an der Haut befestigt Die Respiration nachher vollständig frei. Im Laufe von 11 Tagen war die Wunde geheilt und die Larynxpassage frei; die Stimme etwas heiser. Am 10. Mai war die Stimme kräftig, natürlich. Eine syphilitische Hautefflorescenz, die am 22. April ausbrach, wurde durch Nitrat. amido-hydrargyros. (0,007 Morgens und Abends) rasch zum Schwinden gebracht.

Verf. meint, dass es sich um ein acutes Oedem der oberen Theile des Larynx handelte. Ref. möchte die Sache etwas anders auffassen und die Anfälle von Dyspnoë als Ausdruck eines Laryngospasmus, der reflectorisch durch die syphilitische Coryza hervorgerufen wurde, erklären. Verf. giebt an, dass es in der Literatur nur 40 Fälle von glücklich verlaufenen Tracheotomien bei Kindern unterhalb einem Jahr giebt. Unter denselben befinden sich nur 3 Fälle von Kindern, die während der ersten 6 Monate operirt worden waren (G. Chaym, Archiv für Kinderheilkunde. Bd. IV. S. 417. 1883.). — Wenn man nicht eine passende Canüle bei der Hand hat, wird die Befestigung der Ränder der Trachealwunde an den Rändern der Hautwunde als eine sehr brauchbare, vorläufige Methode empfohlen.

SCHMIEGELOW.

80) **Ino. N. Mackenzie. Tumor im Sinus pyriformis. (Tumor of sinus pyriformis.)** *N.-Y. Medical Record. 23. Mai 1885.*

Der Tumor hatte ungefähr die Grösse und das Aussehen eines Testikels und war aus dem vorderen, unteren Segment des Sinus pyriformis bei einem Geistlichen exstirpirt worden, der seit acht Monaten Symptome von Obstruction im Halse und nächtliche Suffocationsanfälle hatte. Der Tumor füllte den Sinus aus und ritt auf der Epiglottis, welche er niederdrückte, wodurch der grösste Theil des Larynx unsichtbar wurde. Der tiefe Sitz seines breiten Stiels machte die Operation mit dem Spiegel schwierig. Sobald man den Tumor mit der Zange fasste, trat Erbrechen ein. Es wurde daher ein Ecraseur über die Zange gegen die Basis des Tumors geführt und derselbe vollständig exstirpirt. Es machten sich keine schlimmen Symptome später bemerkbar. Die microscopische Untersuchung, welche Councilman ausführte, ergab ein netzförmiges Bindegewebe, in welches kleine Haufen von Lymphzellen, ähnlich den „Lymphkörperchen" eingebettet waren; sie fanden sich am reichlichsten unter der die Neubildung bedeckenden Epidermis. Es zeigte sich keine Spur einer drüsigen Structur.

LEFFERTS.

81) **F. Massei (Neapel) Ueber die Neubildungen des Kehlkopfs. (Sui neoplasmi laringei. Studii e casuistica.)** *Napoli. Tipografia del Vaglio. 1885.*

M. sammelt seine in verschiedenen Zeitschriften veröffentlichten Beobachtungen und begleitet sie mit kritischen Bemerkungen. Er setzt den Terminus „Neoplasma" an Stelle des vagen Ausdrucks „Polyp" und erörtert durchweg auf's genaueste die histologischen Formen der verschiedenen Neoplasmen.

Zuerst bespricht er das Papillom und die Schwierigkeit (häufig Unmöglichkeit) der Differentialdiagnose gegenüber dem Epitheliom. Interessante Krankengeschichten, deren Wiedergabe an dieser Stelle nicht möglich ist, sind überall

in geschickter Weise in die Arbeit eingeflochten. Unter 200 Neubildungen hat M. 94mal Papillome beobachtet und er schliesst sich dem Urtheil der Autoren an, dass dies die häufigste Kehlkopfneubildung ist.

Das Epitheliom, das er vom Carcinom im engern Sinne des Wortes trennt, hat er in 16 Fällen gesehen, in denen es 13 mal primär, 3mal pharyngolaryngeal auftrat, die ersteren Male die Stimmbänder, die letzteren Male die Morgagni'-schen Taschen befallend.

M. hebt die Neigung der Epitheliome zur Ulceration und ihre lange Dauer hervor. Die „gutartigen Epithelialpolypen", die Mackenzie 5mal beobachtet hat, beschreibt M., ohne dass ihm hier eigene Erfahrungen zu Gebote stehen.

Die Fibrome sind nach Massei gegen Fauvel's und in Uebereinstimmung mit Mackenzie's Ansicht nach den Papillomen die häufigsten Kehlkopftumoren; unter seinen 200 Fällen fanden sie sich 32mal. Sie nehmen ihren Ausgang vom submucösen Gewebe, entwickeln sich langsam, haben häufig ihren Sitz am freien Rand der Stimmbänder. M. hat ein Fibrom von der Grösse einer Aprikose beobachtet.

Die Schleimpolypen werden von Mackenzie von den Myxomen getrennt. Reine Myxome sind nur 2mal beobachtet (von Mackenzie und Bruns). Die Schleimpolypen sitzen meist an den Stimmbändern und haben höchstens die Grösse einer Kirsche. M. hat 2 Fälle gesehen.

Lipome hat M. nicht beobachtet; er beschreibt 2 Fälle (von Bruns und Schrötter).

Cysten fand er unter seinen 200 Fällen 13mal. Dieselben sind nach seiner Meinung und nach den Untersuchungen von Cervesato Retentionscysten und somit keine eigentlichen Neubildungen.

Adenome, die Fauvel in seiner reichen Statistik nicht einmal erwähnt, hat M. 2mal gesehen. Er vergleicht ihr Aussehen mit dem einer hypertrophischen Tonsille. „Die Diagnose stellt nur das Microscop und manchmal dieses nicht mit Sicherheit."

Die ebenfalls seltenen Angiome werden nach Mackenzie, Fauvel, Margary, Elsberg beschrieben.

Die zuerst durch Burow bekannten amyloiden Tumoren glaubt M. 2mal gesehen zu haben. Die Diagnose wurde jedoch nur nach dem Aussehen (Kleinheit, runde Form) und nach dem multiplen Auftreten gestellt.

Sarcome fand M. 6mal. Als am meisten characteristisches Merkmal bezeichnet er, da er keine microscopische Untersuchung ausführen konnte, das Auftreten von Recidiven. Das Aussehen ist nicht besonders characteristisch, der Sitz meist die Morgagni'sche Tasche.

Das Carcinom findet sich häufig primär im Larynx, nach dem Lumen desselben hin wachsend, nicht scharf begrenzt, von geringer Ausdehnung. M. verfügt über 5 Fälle; der Sitz war zweimal rechts, zweimal links, einmal auf der Epiglottis.

Es folgt nun die Besprechung der Aetiologie der Neoplasmen, des Alters, Geschlechts, Berufs der Kranken, sowie des Einflusses der Neubildungen auf Stimme, Respiration, Deglutition.

Schliesslich wendet er sich zur Behandlung, wobei er die Adstringentien und Caustica für unnütz erklärt, mit Ausnahme der von Hering empfohlenen Chromsäure. Die von Mackenzie, Störk, Schrötter, Fauvel, Voltolini angegebenen Instrumente zur endolaryngealen Operation der Neubildungen werden abgebildet und besprochen. Von der Voltolini'schen Schwammmethode ist M. kein besonderer Freund. Er erwähnt die Anwendung des Cocain als Anästheticum, mit dessen Studium er eben beschäftigt ist, äussert sich jedoch skeptisch über dessen Werth und möchte das Hauptgewicht auf die tüchtige Uebung des Operateurs legen. (Nach den übereinstimmend günstigen Urtheilen aller Autoren und nach seinen eigenen Beobachtungen von ausgezeichneter Wirksamkeit des Cocain bei Operation von Nasen-, Rachen- und Kehlkopftumoren erlaubt sich Ref. diesen Skepticismus für ungerechtfertigt zu halten. Sollte die Schuld vielleicht an dem Präparat liegen?)

Bei rasch wachsenden Tumoren wird Dilatation mit partieller Excision, Tracheotomie und Larynxexstirpation empfohlen. Die Tracheotomie wurde unter den 200 Fällen 6mal ausgeführt. Was die Kehlkopfexstirpation betrifft, so ist M. gegen die späte Operation, die nach der Statistik von Solis Cohen (in der mehrere italienische Operateure fehlen) schlechte Resultate giebt. Bessere Erfolge verspricht sich M., wenn solche Fälle frühzeitig operirt werden könnten. — Den Schluss der Arbeit bildet eine zahlenmässige Recapitulation sämmtlicher Fälle.

KURZ.

82) **J. D. Arnold. Einige Arten von Larynxtumoren. (Some forms of laryngeal tumors.)** *Pacific Med. Surg. Journal. April 1885.*

Auf eine kurze allgemeine Betrachtung über die Tumoren des Larynx folgt die klinische Geschichte von fünf Fällen:

1. Papillom. 2. Gestielter Polyp (dessen Natur nicht bestimmt ist). 3. Carcinom. 4. Birnenförmiger Polyp (dessen Natur nicht festgestellt ist). 5. Papillom.

LEFFERTS.

83) **Donitzky. Ueber Epiglottiscysten.** *Aerztl. Intelligenzblatt. No 13, 14, 15. 1885.*

Sorgfältige Zusammenstellung aller bisher publicirten Fälle mit Beschreibung eines vom Verf. selbst beobachteten Falles. Die Cyste hatte einen atheromartigen Inhalt und füllte sich nach der Eröffnung mehrmals, bis sie durch Anwendung des Thermocauters definitiv geheilt wurde.

SCHECH.

84) **M. Lomikowski. Intralaryngeale Entfernung von Larynxneoplasmen. (Wnutrogortannoë udalenie nowoobroso wani gortani.)** *Wratsch. No. 5. 1885.*

S. hat im Verlaufe von einigen Jahren bei 12 Patienten Neoplasmen des Kehlkopfs auf intralaryngealem Wege entfernt. Unter den 12 Fällen waren 8 Männer und 4 Frauen — 9 Papillome und 3 Fibroide. Einmal musste wegen zu starker Athemnoth die Tracheotomie vorausgeschickt werden. 3 Krankheitsfälle — 2 multiple Papillome und 1 Fibroid — sind mehr oder weniger genau beschrieben, die anderen 9 aber nur einfach genannt. Bei den 3 beschriebenen Fällen erlangten die Patienten eine vollkommen klare Stimme wieder, von den übrigen 9 ist über den Ausgang nichts mitgetheilt.

Operirt wurde jedesmal mit der Schrötter'schen Pincette und ohne Cocain.

Die beigefügten Zeichnungen sind sehr anschaulich, doch etwas zu schematisch gehalten. LUNIN.

85) **V. Nicolai. Laryngoscopische Chirurgie. (Chirurgia laringoscopica.)** *Gazetta degli Ospitali. No. 72. 1885.*

Vier Fälle von auf endolaryngealem Wege operirten Kehlkopfneubildungen.

1. Hirsekorngrosser Tumor, unter dem freien Rand des linken Stimmbandes hervorkommend. Abtragung des grössten Theiles und nachträglich des unterhalb des Stimmbandes sitzenden Restes mittelst Pincette. Wiederherstellung der vorher heiseren Stimme. Microscopischer Befund: Fibrom.

2. Erbsengrosser gestielter Tumor an der vorderen Commissur, halb so grosse Geschwulst über dem rechten Processus vocalis. Abtragung beider Tumoren in mehreren Sitzungen. Vollständige Herstellung der Stimme. Microscopischer Befund: Erster Tumor ein Schleimpolyp, zweiter ein Papillom.

3. Längliche Neubildung auf der oberen Fläche des linken Stimmbandes. Abtragung des Tumors. Hierauf Aphonie. Später Wiederherstellung der vorher sehr heiseren Stimme. Microscopischer Befund: Bindegewebshypertrophie mit hypertrophischen Epithelialzapfen.

4. Hanfkorngrosser Polyp am freien Rand des linken Stimmbandes bei Hyperämie des Larynx und Spitzencatarrh. Abtragung des Tumors, der einem Fibrom gleicht. Pinselung des Stiels mit Argent. nitr. Heilung der Heiserkeit. Nach 3 Monaten normaler Kehlkopfbefund, so dass Verf. eine Beziehung des Tumors (dessen microscopische Untersuchung durch einen Zufall vereitelt wurde) zum Lungenbefund ausschliesst. KURZ.

86) **Voltolini** (Breslau). **Operation des Kehlkopfpolypen mittelst des Schwammes.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 21. S. 352. 1885.*

Voltolini hält auch nach Einführung des Cocains seine Schwamm-Operation für sehr zweckmässig. Bekanntlich geht Voltolini mit einem Schwamm, von dem er zwei Species abbildet, mit oder ohne Beleuchtung, aber, worauf er besonders Werth legt, bei hervorgestreckter Zunge des Patienten, in den Kehlkopf ein und wischt ihn kräftig aus. Seine Kritiker theilt er in 3 Arten ein. „Die Einen verstehen etwas von der Sache und haben sie günstig beurtheilt. Die Anderen verstehen nichts von der Sache; es sind die sogenannten Kritikaster. Die Dritten endlich wollen von der Sache nichts verstehen." Zu Nutz und Frommen derselben theilt er vier, in der That sehr beachtenswerthe Fälle mit, die er mit dem Schwamm operirt hat. In einem Falle führte er z. B. bei einem tracheotomirten Kinde in der Chloroformnarcose den linken Zeigefinger bis zu den Giesskannenknorpeln und an diesem entlang mit der Rechten den Schwamm in den Kehlkopf und reinigte denselben von den ihn stenosirenden Papillomen. B. FRAENKEL.

87) **Bennett May** (Birmingham). **Thyreotomie wegen Larynxpapilloms. (Thyrotomy for papilloma of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 30. Mai 1885.*

M. zeigte in der Sitzung der Midland Medical Society vom 22. April 1885 einen 3½jährigen Knaben, aus dessen Larynx er mittelst der Thyreotomie eine

Masse von Papillomen entfernt hatte. Die Basis der Neubildungen war mit Arg. nitricum cauterisirt worden. Ungestörte Reconvalescenz. Zur Zeit der Demonstration, 5 Monate nach der Operation, freie Athmung, gute Stimme. SEMON.

88) **Brown** (Carlisle). **Kehlkopfkrampf.** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1885.*

In der Sitzung der Carlisle Medical Society vom 11. November 1884 zeigte Brown „den Kehlkopf einer 60jährigen Frau, welche plötzlich an Kehlkopfkrampf gestorben war. Es fand sich eine von der Epiglottis zum rechten Giessbeckenknorpel ziehende Narbe. Syphilitische Vorgeschichte war vorhanden.“ So lautet wörtlich der lakonische Bericht im Edinburgh Med. Journal. SEMON.

89) **Ph. Schech. Bemerkungen zu einem äusserst schweren Fall phonischen Stimmritzenkrampfes.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1885.*

Auslösung der Anfälle beim Sprechen und Flüstern, auf der Höhe der Krankheit heftige klonische Krämpfe der Hals- und Nackenmusculatur. Da sich Galvanisation, cutan, spinal und endolaryngeal, sowie jegliche interne Medication völlig nutzlos erwies, wurden kalte Regendouchen auf die Kehlkopf- und Nackengegend applicirt, worauf sich die Affection langsam besserte.

Verf. glaubt, bei den Neurosen des Kehlkopfes und Schlundes die Hydrotherapie ganz besonders empfehlen zu müssen. AUTOREFERAT.

90) **H. Girard** (Genève). **Beitrag zum Studium des sympathischen Glottiskrampfes der Kinder. (Contribution à l'étude du spasme sympathique chez les enfants.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 2 u. 3. Genève. 1885.*

Verf. versteht unter „Spasme sympathique“ den gewöhnlichen respiratorischen Glottiskrampf, das Asthma thymicum der kleinen Kinder. Er verwirft gänzlich die frühere Aetiologie dieser Krankheit und lässt nur eine einzige Ursache gelten, nämlich fehlerhafte Ernährung und Störungen im Magendarmtractus, von welchem aus der Krampf im Kehlkopf reflectorisch erregt werde. Doch hält er neuropathische Belastung der Familie für prädisponirend.

Die einzigen sicheren anatomischen Befunde sind nach Verfasser und nach Flesch Anhäufung von unverdauten Speisen im Magen und Darm, Anschwellung und oft colossale Wucherung der Peyer'schen Plaques, leucomatöse Anschwellung der Ganglien der Wurzel des Mesenteriums und fettige Degeneration der Leber.

In der Besprechung der übrigen Theorien über diese Krankheit giebt G. die Vermuthung von Schiff kund, dass bisher der Spasmus oft, so z. B. in den Fällen von Fleischmann, Anders, Gorron Morril mit Stimmbandlähmung verwechselt worden sei, welche bei Kindern nicht selten vorkommt, und er betont, dass gerade beim Laryngismus spasticus nie locale Ursachen aufzufinden seien wie bei vielen Stimmbandlähmungen.

Ueber die Prognose sagt er, dass heutzutage fast alle Fälle durch richtige Behandlung geheilt werden können.

Die Prophylaxe besteht, entsprechend der gegebenen Theorie, einfach in rationeller Ernährung der Säuglinge durch die Brust, statt durch Mehlbrei und in Vermeidung jeder Ueberfütterung. Der Anfall selbst soll nur durch Ruhelage

des Patienten nnd Einathmung von etwas Chloroform oder Aether behandelt werden. Bei Asphyxie habe lange fortgesetzte künstliche Respiration oft unerwartet schöne Erfolge. Die Tracheotomie verwirft Verf. wegen der Jugend des Patienten, wegen der Kürze der Anfälle und wegen des nervösen Zustandes des Kranken ganz. Die Therapie besteht einerseits in genauer Regulirung der Kost und in Behandlung des Darmes im Fall von Ueberfüllung desselben, andererseits in der Bekämpfung des nervösen Zustandes durch möglichste psychische Beruhigung der kleinen Patienten (Flesch) und durch Moschus zu 0,01 stündlich oder seltener. Diese Arznei zieht der Autor allen anderen Mitteln weit vor. Bei langwieriger Behandlung lässt er mit Bromkalium abwechseln.

Am Schlusse giebt G. die Krankheitsgeschichten von 11 Fällen, in welchen allen die angegebene Therapie, besonders der Moschus, auffallend schön gewirkt haben soll. JONQUIÈRE.

91) **Norman Chevers** (London). **Lyssa in Indien. (Rabies in India.)** *Med. Times. 6. u. 27. Juni 1885.*

92) **G. N. Pitt** (London). **Ueber Tracheotomie bei Hydrophobie. (On tracheotomy in hydrophobia.)** *Ibidem. 20. Juni 1885.*

In seinen interessanten „Notizen über die gewöhnlichen Krankheiten Indiens", deren wir schon mehrfach zu gedenken hatten (vergl. Centralblatt Jahrgang I., Ss. 120, 220, 332) kommt Chevers auch auf die in Indien nicht seltene Hundswuth zu sprechen, und empfiehlt für die „Glottiskrämpfe" derselben lebhaft die frühzeitige Vornahme der Tracheotomie: „Ich stelle den Grundsatz auf, dass, unmittelbar nachdem ein von einem Hunde gebissenes Individuum deutliche Symptome von Hydrophobie zeigt, die Trachea zu öffnen ist." Die Berechtigung dieses Grundsatzes wird durch Citirung eines vor vielen Jahren (Lancet, 23. April 1859) berichteten, übrigens nichts weniger als zweifellosen Falles Mr. Scriven's, in welchem der Patient schliesslich genas (!), aber melancholisch wurde und Tendenz zum Selbstmord entwickelte und durch den ausführlichen Bericht eines eigenen Falles zu erbringen gesucht, in welchem die vorgenommene Tracheotomie nach der Ansicht des Verf. temporäre Erleichterung der Krämpfe, Ermöglichung des Genusses von Flüssigkeiten (?) und Hebung der Herzthätigkeit zu Stande brachte, obwohl der Patient, ein Hinduknabe, schliesslich doch unter den furchtbarsten Krämpfen zu Grunde ging. Ausserdem beruft sich der Verf. auf ältere physiologische Autoritäten (Dalziel, Mayo, Marshall Hall), die theoretisch die Tracheotomie in Fällen von Hydrophobie empfohlen haben.

Schon in der nächsten Nummer desselben Journals bekämpft Pitt die Argumente von Chevers mit Berufung auf die von ihm zuerst laryngoscopisch festgestellte Thatsache (vergl. Centralblatt Jahrgang I., S. 551), dass es sich bei der Hydrophobie nicht um einen Glottiskrampf im gewöhnlichen Sinne, d. h. um einen krampfhaften Verschluss der Glottis, sondern umgekehrt um einen Krampf der Glottiserweiterer mit Offenstehen der Glottis handelt. P. citirt Niemeyer's Ansicht über die inspiratorische Natur der Krämpfe, adoptirt völlig die von dem Referenten bei der Besprechung des Falles im Centralblatt gegegebene Erklärung des Offenstehens der Glottis, und behauptet — nach der An-

sicht des Referenten mit vollem Rechte — dass es jetzt, nachdem es nachgewiesen sei, dass der Kehlkopf während des hydrophobischen Krampfes weit offen stehe, absolut keinen Sinn habe, die Trachea zu öffnen.

Chevers aber ist noch nicht überzeugt. Er erkennt in der Nummer der Med. Times vom 27. Juni an, dass die Pitt'sche Beobachtung und die Erklärungen Niemeyer's und des Referenten die Aufmerksamkeit aller künftigen Beobachter verdienen, meint aber, dass „eine einzelne Beobachtung" noch nicht den „von Marshall Hall und Anderen getheilten Glauben" entkräfte, dass Laryngismus ein Factor beim Zustandekommen des tödtlichen Ausganges bei der Hydrophobie sei. (Wenn eine thatsächliche „Beobachtung" nicht einmal mehr einen „Glauben" entkräften können soll, scheint es wirklich an der Zeit, das Beobachten ganz aufzugeben! Ref.)

Im Uebrigen Wiederholung der schon früher gebrauchten Argumente, die auf den Referenten einen nichts weniger als überzeugenden Eindruck gemacht haben. Die ganze Sache aber, um die es sich hier handelt, ist so interessant, dass eine Lectüre der Controverse im Original nur dringend empfohlen werden kann. SEMON.

93) J. S. Bristowe (London). **„Cavendish lecture" über Hysterie und Pseudohysterie. (Cavendish lecture on hysteria and its counterfeit presentments.)** *Lancet. 13. u. 20. Juni 1885.*

Aus den höchst interessanten Fällen, mit welchen der Vortragende sein Thema illustrirte, ist für die Leser dieses Blattes besonders der erste bemerkenswerth. Es kann von demselben hier nur ein kurzer Abriss gegeben werden, der die Lectüre des Originals nicht entbehrlich machen soll: Seit 3 Jahren steht ein neunzehnjähriges Mädchen im St. Thomas-Hospital unter der zeitweiligen Beobachtung des Vortragenden und des Referenten, welches an immer wiederkehrender zeitweise höchst obstinater, functioneller Aphonie, linksseitiger Hemianaesthesie mit Betheiligung des Geruchs-, Gesichts- und Geschmacksinns, Empfindlichkeit des linken Ovariums, gelegentlichen Convulsionen leidet. Alle diese Symptome sind häufigen und plötzlichen Verbesserungen und Verschlimmerungen ausgesetzt. Soweit also entspricht der Fall vollständig dem Bilde der Hysterie. Nun sind aber gleichzeitig hiermit constant leichte Ptosis linkerseits, sowie leichte paralytische Phänomene in der linken Gesichtshälfte vorhanden, die seit 4 Jahren ununterbrochen andauern. Ferner hatte die Patientin im vorigen Jahre einen lange dauernden Anfall vollständiger Aphemie — sehr selten Symptom der Hysterie —, und endlich einen Anfall schwerer allgemeiner Chorea. Sind die letztgenannten Symptome ebenfalls als hysterische aufzufassen? Behufs der Beantwortung dieser Frage muss der Leser auf das Original verwiesen werden. — Völlig stimmt der Referent mit dem überein, was sein verehrter College über die Combination der Aphonie mit Aphemie sagt: dass es sich nicht um eine organische Läsion der Hauptcentren handelte (beim Phonationsversuch kommen die Stimmbänder stets völlig zusammen, es wurde aber kein Laut erzeugt), sondern um einen Leitungsmangel in einem subordinirten Coordinationscentrum, oder um ein Leitungshinderniss entweder zwischen dem Hauptsprachcentrum und diesem Coordinationscentrum oder zwischen letzterem und den von ihm controlirten Muskeln. SEMON.

94) **B. Aphonia.** *Med. Times. 16. Mai 1885.*

In einem klar geschriebenen, elementar gehaltenen „Clinical Paper" setzt B. die mannigfaltigen Ursachen completer Aphonie auseinander, und betont die Nothwendigkeit laryngoscopischer Untersuchung in jedem einschlägigem Falle.

SEMON.

95) **L. Krom** (Dünaburg). **Aphonia paralytica.** *Prot. Dinab. med. obtsch. 1883/84.*

Eine 30 Jahr alte, exquisit hysterische Frau wurde nach vorhergehenden Gemüthsbewegungen plötzlich ganz aphonisch. Krom sah Patientin 2 Stunden nach Beginn der Aphonie. Ausser einigen Symptomen von Hysterie konnte objectiv nichts krankhaftes constatirt werden. Die Kehlkopfuntersuchung gelang bei der aufgeregten Patienten nicht. Angewandt wurde der constante Strom, die beiden Electroden von aussen an den Kehlkopf angesetzt. Gleich nach der ersten Sitzung, die 5 Minuten dauerte, kehrte die Stimme wieder. Die Aphonie hatte im ganzen 15 Stunden bestanden (der Name Aphonia hysterica wäre richtiger, da eine Paralyse nicht constatirt worden war).

LUNIN.

96) **Mader** (Wien). **Eigenthümliche cerebrale Respirationsneurose (Parese), combinirt mit Stimmbandlähmung.** Casuistische Mittheilung. *Wiener med. Blätter. No. 11. 1885.*

In Folge eines Falles auf den Kopf trat bei einem 23 Jahre alten Manne Beschleunigung der Respiration (60 in der Minnte) auf mit Heiserkeit der Stimme. Zur Zeit der Spitalaufnahme (nach 5 Jahren) bestand die Athembeschleunigung fort, die Stimme war aber tonlos geworden in Folge von Parese der Schliesser. Nach einem Monate besserte sich die Stimme etwas, die Athmung blieb unverändert.

CHIARI.

97) **Paul Berbez. Tabes. Laryngeale Crisen. Falsche Angina pectoris. (Tabes. Crises laryngées. Fausse angine de poitrine.)** *La France méd. No 14. 3. Februar 1885.*

Bei einem mit vorgeschrittener Tabes behafteten 51jährigen Manne traten plötzlich des Nachts heftige Schmerzen im Halse mit dem Gefühl des Zusammengeschnürtseins der Kehle auf. Die Respiration war stark behindert, rauh und pfeifend. Herzschlag unregelmässig. Am folgenden Tage wiederholte sich der Anfall, nur gingen ihm Schmerzen in der Herzgegend voraus, die gegen die linke Schulter hin ausstrahlten. Es bestand auch Schmerzhaftigkeit des linken Unterkiefergelenkes, und die Unterkieferabzieher waren contracturirt, der Mund blieb während des Anfalles, der 3—4 Minuten währte, offen. Nach einem dritten mildern Anfalle schwanden die laryngealen Erscheinungen bei den noch folgenden stenocardischen Anfällen.

E. J. MOURE.

98) **W. M. Ord** und **Felix Semon** (London). **Der Kehlkopf bei Tabes dorsalis. (The larynx in tabes dorsalis.)** *Lancet. 4. April 1885.*

Demonstration eines an incompleter, aber seit Monaten unter den Augen der Beobachter langsam fortschreitender, doppelseitiger Glottisöffnerlähmung leidenden Tabikers vor der Medical Society of London am 30. März 1885. Da der Fall von dem Referenten ausführlich beschrieben werden wird, und

nur demonstrirt wurde, 1) um auf die häufigere Untersuchung des Kehlkopfs bei Tabes hinzuwirken, 2) den Mangel von Symptomen von Seiten des Kehlkopfs zu illustriren, 3) die zwischen cadaveröser Position und der Stellung vollständiger Abductorenlähmung etwa die Mitte haltende Position der Stimmbänder öffentlich verificiren zu lassen, kann hier von einer eingehenden Schilderung abgesehen werden. SEMON.

99) **H. Moeser. Das laryngoscopische Bild bei vollkommener einseitiger Vagusparalyse.** Mittheilungen aus der med. Klinik zu Würzburg. Wiesbaden. Bergmann. 1885.

Bei einem Manne mit rechtsseitiger completer Vaguslähmung in Folge einer durch einen Sturz aus dem Wagen bewirkten Zerreissung der Vagusfasern an der fracturirten Schädelbasis machte Verf. folgende Beobachtungen. Das laryngoscopische Bild der Recurrenslähmung ist von dem der Vaguslähmung, wenn diese letztere den Nerven vor dem Abgange des N. laryngeus superior trifft, hauptsächlich im Momente der Phonation differenzirt. Diese Differenz kommt auf Rechnung des im letzteren Falle mitgelähmten Musc. cricothyreoideus. Ist der M. crico-thyr. und Recurrens gleichzeitig gelähmt, so muss das laryng. Bild, abgesehen von dem Höherstehen des Epiglottisrandes der gelähmten Seite bei vollkommener ruhiger Athmung einfach das der Recurrenslähmung sein. Bei der Phonation aber ergiebt sich Folgendes:

Das gesunde Stimmband, das bei der Respiration etwa gleiche Länge hatte wie das gelähmte, wird gespannt und verlängert und es wird dabei der hintere Theil derselben deutlich gesenkt. Während diese Spannung und Senkung bei einfacher Recurrenslähmung und intactem M. cricothyr. auch auf der gelähmten Seite eintreten konnte, fällt sie bei Lähmung desselben weg, das gelähmte Stimmband bleibt unverändert und erscheint deshalb kürzer, der hintere Theil desselben höherstehend als der des gesunden Stimmbandes; wegen der starken Spannung des gesunden Stimmbandes tritt ausserdem dessen Proc. vocalis hinter den der anderen Seite; die Zugwirkung der Detractoren der Epiglottis und der gespannten aryepigl. Falte, welche bei blosser Recurrenslähmung die Stellung der Epiglottis beiderseitig vollkommen gleichmässig erhalten, fehlt auf der kranken Seite, es wird deshalb bei der Phonation und Hebung der Epiglottis der rechte Rand stärker gehoben als der linke, die nicht gespannte, schlaffe, rechte aryepiglottische Falte steht weiter von der Mitte des Larynxeinganges ab als die linke; die Spitze des r. Aryknorpels hängt nach vorne über, die linke Cartil. Sant. steht weiter nach hinten als die rechte, die Ueberkreuzung findet also insofern statt, dass der Santorinsche Knorpel der gesunden Seite hinter den der gelähmten Seite zu stehen kommt; die Schleimhaut der rechten Larynxhälfte muss überhaupt schlaffer und weniger gespannt erscheinen als links.

Hinsichtlich der physiologischen Wirkung des M. cricothyreoideus kommt Verf. zu folgenden Schlüssen.

Die Wirkung des M. cricothyr. besteht in einer Spannung des Stimmbandes mit Senkung des hinteren Theiles desselben beim Phoniren, besonders bei dem Singen hoher Töne, in einer beträchtlichen Spannung der Schleimhaut des fal-

schen Stimmbandes und der aryepigl. Falte mit leichter Senkung des freien seitlichen Kehldeckelrandes, sowie in Spannung der Larynxschleimhaut überhaupt und damit in Fixation des Seitentheiles des wahren Stimmbandes mit seitlicher Spannung desselben.

Das laryngoscopische Bild der einseitigen Lähmung des M. cricothyr. ist folgendes:

Das Stimmband der gelähmten Seite erscheint wegen der fehlenden Spannung bei der Phonation kürzer, breiter, der hintere Theil desselben steht höher als der vordere, wegen der mangelnden Spannung der aryepigl. Falte hängt die Spitze der Cart. arytaen. weiter nach vorne über als auf der gesunden Seite und wird dieses Vornübersinken noch stärker bei der Hebung des Larynx und Aufrichtung der Epiglottis. Die Epiglottis steht wegen des Wegfalles des Zuges, welchen die Detractoren auch in der Ruhe auf ihren Rand auszuüben scheinen, schon bei der Respiration auf der gelähmten Seite höher, während bei dem Intactsein der Detractoren und des M. cricothyr. der anderen Seite der dieser Seite entsprechende Epiglottisrand stärker gesenkt, die Epiglottis als Ganzes etwas nach der gesunden Seite verzogen erscheint. Bei stärkerer Hebung des Kehlkopfs beim Singen hoher Töne wird der Epiglottisrand der gelähmten Seite eben wegen des fehlenden, nach rückwärts gerichteten Zuges der sich spannenden aryepiglottischen Falte stärker gehoben als der der gesunden Seite. Das Wegfallen der Function des Detractors der Epiglottis, des M. aryepiglotticus, dessen Contraction besonders auch den Larynxeingang zu verengen vermag, würde sich ausserdem auch noch in einer weniger starken Annäherung der Innenfläche der gelähmten aryepigl. Falte gegen die Mitte des Larynxeinganges documentiren. Bei der geringeren Spannung der Schleimhaut der falschen Stimmbänder würde der Eingang zum Ventric. Morg. auf der gelähmten Seite weiter offen stehend erscheinen müssen, als auf der gesunden Seite.

SCHECH.

100) **James Finlayson** (Glasgow). **Bemerkungen über Kehlkopflähmung und Ungleichheit der Pupillen als einerseits hülfreiche, andererseits irreleitende Symptome bei der Diagnose thoracischer Aneurysmen etc. (Remarks on laryngeal paralysis and inequality of the pupils, as tending to aid and also to mislead in the diagnosis of thoracic aneurysm etc.)** *Lancet. 3. Januar 1885.*

Der erste der beiden mitgetheilten Fälle bietet nichts besonderes. Es war rechtsseitige Stimmbandlähmung vorhanden, die sich bei der Obduction als Folge der Zerrung und leichten Adhäsion des rechten Vagus und Recurrens an der Wand des Aneurysma herausstellte. Der Patient litt an heftigen Glottiskrämpfen. Kurz vor dem Tode kam es zur Verdrängung des Larynx und der Trachea nach links. Gleichzeitig war rechtsseitige Myosis vorhanden. (Der Beschreibung sowohl des klinischen Verlaufs wie des Obductionsresultats wäre grössere Ausführlichkeit wohl zu Statten gekommen.)

Im zweiten Falle war linksseitige Stimmbandlähmung, variable linksseitige Mydriasis und eine Reihe von Brustsymptomen vorhanden, die mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die Existenz eines Aortenaneurysmas hindeuteten. Bei der Obduction wurde indessen ein solches nicht gefunden. Dagegen passirte der linke

Recurrens dicht am Aortenbogen durch ein Packet vergrösserter aber weicher Drüsen und war nach der Ansicht des Verfassers auch in Folge bedeutender Herzhypertrophie und starker Schrumpfung der linken Lunge einer Zerrung nach unten ausgesetzt. Letzteres Ereigniss nimmt F. als das Hauptmoment für die Entstehung der laryngealen Paralyse an. — Der Fall beweist seiner Ansicht nach, dass selbst die Coexistenz von Kehlkopflähmung mit Symptomen, die an sich schon stark auf die Existenz eines Aortenaneurysmas hindeuten, nicht zur positiven Diagnose eines solchen hinreicht. — Auf die Erwägungen des Verf. hinsichtlich des Zustandes von Pupillen nach dem Tode können wir hier nicht eingehen.
SEMON.

f. Schilddrüse.

101) G. Tizzoni (Bologna). **Untersuchungen über die Physio.-Pathologie der Schilddrüse des Kaninchens. (Ricerche sperimentali intorno alla fisio-patologia del corpo tiroide del coniglio.)** *Gazetta degli ospitali. No. 48. 1885.*

Untersuchungen über die histologischen Vorgänge bei der Entwicklung der Kaninchenschilddrüse und über die „seltene" Regeneration derselben nach Abtragung eines Lappens, zusammengefasst in 4 Sätzen, ohne Bezugnahme auf die Verhältnisse beim Menschen.
KURZ.

102) Tizzoni (Bologna). **Experimentelle Schilddrüsenexstirpation beim Kaninchen. (Tiroidectomia sperimentale nel coniglio.)** *Gazetta degli ospitali. No. 8. 1885.*

T. hat bei zahlreichen Kaninchen die Schilddrüse entfernt, und zwar nach einer eigenen Methode, bei der die ganze Drüse mit Sicherheit entfernt wird, keine Recurrensverletzung möglich ist, kein Blutverlust stattfindet, keine Unterbindung gemacht wird und stets prima intentio erfolgt. Diese ideale Methode soll später mitgetheilt werden. Die Experimente zeigten nach Verf. ausnahmslos:

1) Dass die Thiere nicht den geringsten Schaden litten, indem sie sich auch noch nach 4 Monaten ganz wohl befanden.

2) Dass die Nervenfunctionen sowie die Blutbildung nicht im mindesten beeinflusst wurden.

3) Dass ebenso Ernährung und Wachsthum in keiner Weise gestört wurden (auch nicht bei sehr jung operirten Thieren).

4) Dass die Splenectomie bei Thieren, denen die Schilddrüse exstirpirt war, keine schwereren Consequenzen hatte als bei anderen.

T. kommt bezüglich der Function des Organs zu rein negativen Folgerungen im Gegensatz zu Schiff u. A. Hinsichtlich der nach Kropfoperationen eintretenden bekannten Erscheinungen glaubt er, dass dieselben sämmtlich in speciellen localen Verhältnissen bedingt seien und in den betreffenden Fällen auch ohne Operation aufgetreten wären (? Ref.).
KURZ.

103) P. Albertoni und G. Tizzoni (Bologna). **Ueber die Wirkungen der Exstirpation der Schilddrüse.** Vorläufige Mittheilung. **(Sugli effetti dell' estirpazione della tiroide.** Nota preventiva.) *Gazetta degli ospitali. No. 44. 1885.*

Verff. haben wie alle Experimentatoren gefunden, dass die Kaninchen die Entfernung der Schilddrüse gut ertragen, die Hunde dagegen sterben. Während

viele keinen einzigen Hund am Leben bleiben sahen, überlebten von 23 durch die Verff. operirten Hunden vier die Operation. Bei einem derselben, der getödtet und secirt wurde, fand sich kein Rest des Organs, auch keine accessorische Schilddrüse.

Ausser den bekannten Folgeerscheinungen der Operation beobachteten sie auch eine bisher nicht erwähnte, nämlich Albuminurie. Im Befund des Blutes glauben sie Ursache all dieser Erscheinungen entdeckt zu haben. Nach ihrer Angabe wird das arterielle Blut nach der Operation venös, d. h. es enthält gleich viel oder sogar weniger Sauerstoff als das venöse Blut. Während bei einem gesunden Hund auf 100 Vol. Blut 17,8 Vol. O kamen, fanden sie bei den Operirten nur 8—11 Vol. Bekanntlich werden die Störungen nach der Exstirpation durch die Tracheotomie nicht modificirt und somit kann auch die Verminderung des O nicht auf Respirationshindernisse zurückgeführt werden. (Die Frage, wie die Exstirpation der Schilddrüse zur Sauerstoffverarmung führt, wird nicht erörtert.)

Als eine weitere Folge beobachten sie Degeneration der Nerven, auch der vom Operationsfeld entfernt gelegenen (Ischiadicus). Auch in dieser Nervendegeneration finden sie die Erklärung einzelner auf die Exstirpation folgender Erscheinungen. KURZ.

104) **L. Vincenzi** (Modena). **Ueber die partielle Regeneration der Schilddrüse. (Sulla rigenerazione parziale della glandula tiroidea.)** *Gazetta degli ospitali. No. 54. 1885.*

Mit Bezugnahme auf die Publication Tizzoni's in No. 48 derselben Zeitung berichtet V., dass er nach keilförmigen Excisionen aus einem oder beiden Schilddrüsenlappen sowohl bei Hunden als bei Kaninchen in allen Fällen eine Regeneration des Drüsenparenchyms hat eintreten sehen, und dass diese Neubildung von Drüsengewebe in einigen Fällen nach Verfluss von 40 bis 60 Tagen so reichlich stattgefunden hatte, dass sich mit blossem Auge keine Continuitätstrennung mehr erkennen liess. KURZ.

105) **W. N. Thursfield** (London). **Die Aetiologie des Kropfes in England. (The etiology of goitre in England.)** *Lancet. 13. Juni 1885.*

Der Verf. hielt einen Vortrag unter diesem Titel vor der Gesellschaft der Londoner Sanitätsbeamten, der viele interessante Details über den Einfluss 1. des Klimas, 2. des Geschlechts, der Erblichkeit etc., 3. der Beschäftigung, 4. der Diät, 5. der neurotischen und scrophulösen Diathese bringt, sich aber aus eben diesem Grunde nicht zur Herstellung eines kurzen Abstracts eignet. Grundlegend-Neues wird nicht vorgebracht, doch sei Interessenten die Lectüre des Originals empfohlen. SEMON.

106) **Fritz Gutknecht. Die Aetiologie der Struma.** *Virchow's Archiv Bd. 99. S. 326—326 und 419—448.*

Gutknecht kommt am Schlusse seiner im pathologischen Institut zu Bern an Kröpfen, die Kocher exstirpirt hatte, ausgeführten Arbeit zu folgender Eintheilung der Strumen: I. Allgemeine gleichmässige Hyperplasie. 1. Congenitale Form. 2. Erworbene Form. II. Struma nodosa. 1. Mit vorwiegender Entwicke-

lung des Drüsengewebes, 2. Mit hyaliner Degeneration des Stroma's und der Gefässe im Centrum und den mannigfachsten Drüsenformen in der Peripherie. 3. Mit fibrösem Centrum und peripherischer Drüsenschicht. 4. Vasculäre Form. 5. Cysten.
B. FRAENKEL.

107) **Oscar Block** (Kopenhagen) **Die Diagnose von Struma und einigen anderen Leiden der Glandula thyreoidea. (Diagnosen af Struma og nogle andre Lidelser i Glandula thyreoidea.)** *Hospitals-Tidende. p. 442. 1885.*

Nach der Darstellung des Verf. kann man Struma mit folgenden Leiden verwechseln: 1. Mb. Basedowii. 2. Echinoccus in der Glandula thyreoidea. 3. Thyreoiditis. 4. Kalten Abscessen in der Schilddrüse. 5. Strumitis (wird am häufigsten bei parenchymatöser Struma und Struma cystica gefunden). 6. Congenitalen Cysten [„Cyste canaliculée du cou (Larrey), multiloculäre Cysten]. 7. Dermoydcysten. 8. Hygrome der Linea media, und 9. Tracheocele. SCHMIEGELOW.

108) **G. Borel** (Lausanne) **Beiträge zum Studium der Gesichtsasymmetrien und der progressiven Hemiatrophie des Gesichts. (Contributions à l'étude des asymetries du visage et de l'hemiatrophie faecale progressive.** *Inaugural-Dissertation der Universität Bern. Genève. Ch. Schuchardt. 1885. & Revue méd. de la Suisse romande No. 1 u. 2 1885.*

Verf. beschreibt unter fünf zugehörigen Fällen einen, bei welchem eine progressive linksseitige Atrophie des Gesichts unmittelbar in Folge der Entwickelung eines Kropfes entstand. Dieser Kropf hatte sich nach einer Schwangerschaft in der Zeit von 3 Jahren ausgebildet und drückte auf den linken N. sympathicus. Die atrophirende Gesichtshälfte schwitzte stark und war von einem brennenden Gefühl befallen. Die Schweisssecretion trat besonders beim Essen von Salat, analog der Speichelabsonderung ein. Das entsprechende Auge zeigte starke Myosis.

Nach der Entfernung der Struma durch Kocher wurde später die Pupille etwas weiter, dagegen entstanden anfallsweise schmerzlose Zuckungen, Schmerz und Thränen des Auges der kranken Seite. Ueber das nachherige Verhalten der Atrophie, gerade die Hauptsache, wird nichts angegeben.

Nach Verf. haben Claude Bernard u. A. auf Sympathicus-Lähmung hin trophische Störungen der betroffenen Bezirke beobachtet.

Verf. wirft am Schlusse seiner Arbeit die Frage auf, ob nicht der Schilddrüse eine trophische Thätigkeit zugeschrieben werden müsse, wenn man die kachectischen Störungen bedenke, welche ihre Entfernung im Organismus hervorruft. Er erwähnt hierbei auch einen Fall von Kocher, wo eitrige Choroiditis im Gefolge einer phlegmonösen Strumitis eintrat, und einen Versuch von Schiff, wo der Kropfexstirpation Blindheit folgte. Endlich erinnert er an das enge anatomische Verhältniss des Sympathicus zur Schilddrüse. JONQUIÈRE.

109) **W. Nikitin. Ueber die Bedeutung der Struma als Ursache der Aphonie. (K woprosu o snatschenie soba w etiologie besglasia.)** *Wratsch. No. 7. 1885.*

Bei einem 16jährigen Mädchen entwickelte sich eine Struma, und bald darauf trat anfangs Heiserkeit und später vollkommene Aphonie ein. N. sah Pat., nachdem dieselbe schon ein ganzes Jahr stimmlos gewesen. Laryngoscopisch konnte

blos eine etwas verlangsamte Beweglichkeit der Stimmbänder constatirt werden. Das Lumen der Trachea erschien auf der Höhe der Struma comprimirt, besonders von vorn und von rechts. Die Glandula thyroidea war stark vergrössert, besonders die rechte Hälfte derselben. Die ganze hypertrophische Glandula thyroidea war leicht beweglich. Für gewöhnlich war die Sprache vollkommen klanglos, sobald sich aber die Pat. anstrengte, gelang es ihr einigermassen mit Stimme zu sprechen. Symptome von Hysterie waren nicht vorhanden. N. erklärte in diesem Falle die Aphonie dadurch, dass zu wenig Luft durch die comprimirte Stelle der Trachea passirte, um einen Ton im Kehlkopf hervorzubringen. Pat. wurde innerlich und äusserlich mit Jod behandelt. Mit dem Schwinden der Struma kehrte die Stimme wieder und war nach $3^{1}/_{2}$ Monaten vollkommen normal. LUNIN.

110) **Fr. Jankowski** (Heidelberg). **Lähmungen der Kehlkopfmuskeln nach Kropfexstirpation.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXII. 1885.*

Dem Verf. gebührt das Verdienst, die im Gefolge der Kropfexstirpation auftretenden Lähmungen in einer umfassenden Statistik zusammengestellt und in eingehender, klarer Weise besprochen zu haben; leider war die Ausbeute keine sehr beträchtliche, da ihm nur in 40 Fällen genaue laryngoscopische Befunde zur Verfügung standen. In Bezug auf Häufigkeit stehen die phonischen Lähmungen an erster Stelle, dann folgen die gemischten, d. h. phonischen und respiratorischen, in letzter Reihe stehen die rein respiratorischen. In 30 Fällen von gestörter Stimmbildung war 27 mal ein Stimmband gelähmt, 4 mal beide. Die Stimmstörung nimmt ihren Anfang entweder gleich nach der Operation oder einige Tage später; sie ist manchmal vorübergehend, hält einige Stunden oder Tage an, manchmal dauert sie Wochen, Monate, selbst Jahre. Die Stimmstörung kann vollkommen heilen, oder nur theilweise, d. h. die Stimme verändert den Timbre und wird meist tiefer. Unter den veranlassenden Momenten fand sich 14 mal Durchschneidung des Recurrens während der Operation; die geringeren Grade der Paralyse erklären sich aus der Verletzung einzelner Zweige oder kleinerer Anastomosen; in 4 Fällen war die Ursache der nachfolgenden Lähmung die gleichzeitige Unterbindung des Nerven mit der Art. thyr. inf. Als weitere Ursachen der Stimmstörung müssen bezeichnet werden: Läsion durch Zerrung manchmal mit Zerreissung kleinerer Nervenäste, Entblössung und Durchtränkung des Nerven mit Blutextravasaten, Entzündung des Nerven (Neuritis) sowohl als auch der ganzen Kehlkopfgegend; in letzteren Fällen findet sich Röthung und Schwellung der Larynxschleimhaut, an welche sich dann Atonie und Parese der Stimmbänder anschliessen; an die von Bardeleben angedeutete schädliche Wirkung der Carbolsäure kann Verf. nicht glauben; (Ref. möchte die Carbolsäure doch nicht für so ganz harmlos erklären, denn wie dieselbe thatsächlich ihre Wirkung auf sensible Nerven entfaltet, so kann sie auch auf motorische einwirken). In manchen Fällen dürfte auch der Druck von Narben auf den Vagus und Recurrens als ätiologisches Moment in Betracht kommen; endlich findet sich zuweilen gar kein Anhaltspunkt und glaubt deshalb Verf. hier den Ausfall der Schilddrüse, deren physiologische Function noch sehr dunkel sei, für die Stimmstörung verantwortlich machen zu müssen. Die Prognose der Lähmungen ist sehr verschieden;

dieselben bilden sich theilweise vollkommen zurück, ein anderer Theil bessert sich, ein dritter Theil bleibt ungeheilt; die Prognose hängt ab von der Natur des chirurgischen Eingriffes; bei einfacher Compression, geringgradiger Zerrung kann sich der Nerv leichter erholen; tritt aber Neuritis ein, so kann sich der Prozess in die Länge ziehen; zweifelhafter ist die Prognose bei Durchschneidung des Nerven, Heilung ist zwar möglich, doch sehr selten. Die durch Narbendruck und chronische Degenerationsparalyse der Nerven entstandenen phonischen Lähmungen sind im Ganzen ungünstig, zum Glück aber sehr selten; auch ist hier die Heilung nicht ausgeschlossen, wenn man einerseits den Nerven von der drückenden Narbe befreit, andererseits die Electricität oder das Strychnin ihren Einfluss ausüben lässt. Ueber die gemischten Lähmungen konnte Verf. keine brauchbaren Notizen auffinden; dagegen eruirte er 6 Fälle von rein respiratorischer Lähmung, von welchen drei zur Tracheotomie führten; in einem Falle trat die Störung gleich nach der Operation ein, in den übrigen später und allmälig. Als ätiologische Momente ausser den bereits oben erwähnten glaubt Verf. auch Verletzungen des Vagus mit Uebertragung auf den Recurrens annehmen zu müssen; dafür spricht hauptsächlich die wiederholt beobachtete Thatsache, dass nach einseitiger Verletzung doppelseitige Lähmung der Erweiterer eintrat; Verf. erklärt dies aus der Johnson'schen Theorie, der zufolge der Vagus als gemischter Nerv eine Reflexwirkung nach dem Centrum und durch dasselbe auf die andere unverletzte Seite ausübt. Die Pathogenese der Lähmung der Glottisöffner hält Verf. für viel geheimnissvoller wie jene der übrigen Kehlkopfmuskeln. Ref. glaubt den Grund darin finden zu dürfen, dass dem Verf. die höchst interessanten Arbeiten Semon's über diesen Gegenstand nicht bekannt waren, wenigstens findet sich in dem sonst sehr verdienstvoll und fleissig ausgearbeiteten Aufsatz keine Erwähnung derselben. Die beigegebenen Krankengeschichten müssen im Original gelesen werden.

SCHECH.

g. Oesophagus.

111) **Körner. Ueber Dysphagie bei Erkrankungen von Bronchialdrüsen nebst Bemerkungen über eine mechanische Ursache des Speiseröhrenkrebses.** Mit Nachtrag von Cahn. *Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 37. 30. Juni 1885.*

Specielle Veranlassung zu Compression der Speiseröhre können Veränderungen der Bronchialdrüsen geben, welche mit Vergrösserung, Abscedirung oder Verhärtung derselben einhergehen; dieselben sind oft secundärer Natur und führen zuweilen zu mestastatischen Gehirnabscessen. Manchmal werden kalkige Concremente, Blut, Eiter und Schleim durch den Oesophagus entleert. Die Verengerung kann auch in diesem erzeugt werden durch periösophageale Abscesse, welche von zerfallenen Drüsen ausgehen oder durch Verdichtung des umgebenden Bindegewebes. Die Entwicklung des Oesophaguscarcinoms erklärt sich durch die häufige Einklemmung der Speiseröhrenwand zwischen dem passirenden Bissen und dem linken Bronchus an der Stelle, wo der linke Bronchus den Oesophagus kreuzt. Krankengeschichten, Statistik und Klinisches müssen im Original gelesen werden. In dem von Cahn mitgetheilten, einen Phthisiker betreffendem Falle war die Dysphagie bedingt durch ein grosses Paquet, geschwellter, der Bifurcation der Trachea aufliegenden Drüsen.

SCHECH.

112) **H. Reher. Beiträge zur Casuistik der Oesophaguserkrankungen.** *Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. XXXVI. Heft 5 u. 6. S. 454. 1885.*

1. Gürtelförmiges 4½ Ctm. breites Geschwür des Oesophagus unmittelbar über der Cardia, welches nach hinten ein 1½ Ctm. langes trichterförmiges Divertikel zeigt, in dessen Grunde die Leber blossliegt. Die klinischen Erscheinungen waren dieselben wie bei einem Magengeschwür; da eingeführte stärkere Sonden nicht in den Magen gebracht werden konnten, wurde eine Stenose der Cardia diagnosticirt; erst die Section zeigte, dass die Sonden in dem trichterförmigen Geschwür stecken geblieben waren. Auch Klappenbildung wurde an solchen Oesophagusgeschwüren schon beobachtet, ebenso narbige Verengerung.

2. Oesophagus in seinem unteren Theil erweitert, die Muscularis hypertrophisch; der unterste Theil nahe der Cardia ist durch narbige Verwachsungen scharf nach der kleinen Curvatur verzogen und bildet in der Verlängerung der Oesophagusaxe eine kleine Tasche. Cardia von Krebsmassen umgeben, ausgebreitetes Carcinom der kleinen Curvatur des Magens.

3. Magencarcinom bei einem 19jähr. Manne; Beginn der Erkrankung mit Schlingbeschwerden und dem Gefühle des Steckenbleibens der Speisen und Druck im Magen. Im weiteren Verlaufe der anfangs für Spasmus ösophagi gehaltenen Erkrankung organische Strictur der Cardia, wegen welcher eine Magenfistel angelegt wurde. Tod durch Peritonitis. Die Section zeigte die Speiseröhre in der Mitte stark erweitert, mit zahlreichen hirsekorn- bis linsengrossen papillären Warzen besetzt, bis zur Cardia nirgends stenosirt. Die Cardia durch ein grosses Krebsgeschwür verengt, dessen wulstig verdickter Rand als höckeriger Wall in die Speiseröhre hineinragt.

4. In einem Falle von Pyloruscarcinom mit enormer Ectasie des Magens fehlte während des Lebens jegliches Erbrechen; die Ursache lag in dem Verschlusse des untersten Oesophagusabschnittes durch den ausgedehnten Magenfundus; durch diesen Klappenmechanismus konnten zwar Speisen in den Magen gelangen, aber kein Mageninhalt nach oben treten.

5. Stenose des Oesophagus in Folge von Hypertrophie seiner Muskelfasern; Patient ging an Mastdarmcarcinom zu Grund.

6. Hufeisenförmig das unterste Ende des Oesophagus umfassendes Myom; zufälliger Befund neben Schrumpfniere.

7. Heftige Schluckbeschwerden; bei der Sondirung werden mehrmals Stücke einer Neubildung (eines Papilloms) herausbefördert. Patient soll später an Phthise gestorben sein.

SCHECH.

113) **Mazzotti** (Bologna). **Die Affectionen der Speiseröhre bei der Tuberculose. (Delle alterazioni dell' esofapo nella tubercolosi.)** *Rivista Clinica. No. 1. 1885.*

Nach ausführlichen Literaturangaben lässt M. 3 eigne Beobachtungen folgen:

Im 1. Fall handelt es sich um einen 10jährigen Knaben, bei dem sich in Folge von verkästen Bronchialdrüsen eine acute (in 20 Tagen letal verlaufende) Miliartuberculose entwickelte. Die Infection localisirte sich auch im Oesophagus unter der Form einer Entzündung mit Tuberkel- und Geschwürsbildung. — Der

locale Process präsentirt sich hier nicht als eine Infection durch tuberculöse Massen (Sputa), sondern als typische Form einer acuten Oesophagustuberculose.

Die 2. Beobachtung betrifft eine gewöhnliche (in 8 Monaten tödtlich verlaufende) Phthise. Im Oesophagus fand sich ein entzündlicher Process mit Tuberkelbildung im mucösen und submucösen Gewebe mit beginnendem Zerfall.

Im 3. Fall handelt es sich um eine chronische, fast 5 Jahre dauernde Phthise, bei der eine circumscripte Läsion des Oesophagus mit Entzündung, Tuberkelbildung und deutlichem Zerfall auftrat.

In allen 3 Fällen fanden sich Bacillen. Während des Lebens waren keinerlei Symptome von Seiten des Oesophagus beobachtet worden, woraus M. schliesst, dass die Affection häufiger sei, als gewöhnlich angenommen werde.

Bei einem Phthisiker, der das massenhafte Secret seiner Cavernen schluckte, hat M. auf grossen Strecken der Oesophagusschleimhaut ausgedehnte Epithelabstossung ohne Tuberkel- oder Geschwürsbildung beobachtet (auch keine Bacillen).

Bei einer grossen Reihe tuberculöser Leichen war der Befund des Oesophagus ganz negativ. M. folgert daraus, dass die tuberculösen Affectionen des Verdauungstractus nicht nur so einfach als Folgen des Verschluckens tuberculöser Sputa betrachtet werden dürfen, da einerseits tuberculöse Geschwüre in demselben entstehen können, ohne dass Sputa verschluckt wurden und andererseits trotz dieser Schädlichkeit keine tuberculösen Veränderungen im Oesophagus auftreten.

M. nimmt an, dass die letzteren in einzelnen Fällen durch tuberculöse Massen hervorgebracht werden können, in anderen aber als Folge einer mehr oder weniger allgemeinen Infection und somit als ein Theil der mannigfachen secundären Localisationen der Tuberculose zu betrachten sind. KURZ.

114) **E. G. Janeway. Perforirendes Oesophagusgeschwür. (Perforating ulcer of the oesophagus.)** *Philadelphia Med: News. 28. März 1885.*

Der Fall betraf ein Kind, welches im Alter von einem Jahre an infantiler Paralyse erkrankt war und später an Dysenterie starb. Das Ulcus war rund, hatte einen Durchmesser von 1,5 cm. und lag ungefähr 3 cm. oberhalb der Cardia und zwar nicht in der hinteren, sondern in der linken Seitenwand. Das Interessante an diesem Falle ist das durch Selbstverdauung entstandene Geschwür im Oesophagus, dessen Vorkommen vor dem Tode bisher in Abrede gestellt wurde. J. glaubt, dass es ein Fall von echtem, durch Selbstverdaunng entstandenem Geschwür sei, sowie man es im Magen antrifft, in Folge von Einwirkung des Magensaftes auf die Schleimhaut. Es ist schwer zu beweisen, welche Veränderungen in diesem Falle vor, und welche nach dem Tode eingetreten waren. Aber das im Oesophagus gefundene Geschwür hatte genau dasselbe Aussehen, wie man es im Magen findet, wo es, wie allgemein anerkannt wird, zur Perforation, Peritonitis und zum Exitus letalis führt. In dem in Rede stehenden Falle hat die Entzündung nicht nur das Bindegewebe in der Umgebung des Oesophagus ergriffen, sondern war auch auf das Pericardium und die linke Pleura übergegangen. Ausserdem war der Geruch der Theile sehr verschieden von dem characteristischen sauren Geruch der Selbstverdauung des Magens nach dem Tode. Während des Lebens jedoch bot das Kind, soweit festgestellt werden konnte, kein Symptom von Pericarditis, Pleuritis oder perforirendem Oesophagusgeschwür dar. LEFFERTS.

115) **T. C. Smith. Zufällige Heilung einer Oesophagusstrictur. (Accidental cure of stricture of the oesophagus.)** *Med. Surg. Reporter. Philadelphia. LI. p. 641. 1884.*

Ein Kind hatte seit 2 Jahren eine Oesophagusstrictur, welche es sich durch Trinken einer concentrirten Laugenlösung zugezogen hatte. Es erhielt ein Stück eines getrockneten Pfirsichs, welches es verschluckte. Hierauf trat ein vollständiger Verschluss des Oesophagus ein; die getrocknete Pfirsiche lag in der verengten Stelle und quoll auf. Am 5. Tage — nachdem das Kind in einem desperaten Zustande sich befunden hatte — erweichte die getrocknete Pfirsiche, löste sich auf und passirte die Strictur. Sofort verlangte das Kind zu essen und zu trinken, und es trat keine fernere Störung mehr ein mit Ausnahme eines kleinen Ueberbleibsels der Schlingbeschwerden, das durch die ursprüngliche Strictur verursacht wurde. LEFFERTS.

116) **Purslow. Spontane Oesophagusruptur.** *Brit. Med. Journal. 28. März 1885.*

P. zeigte in der Sitzung der Midland Medical Society vom 4. März 1885 ein Präparat von spontaner Ruptur des Oesophagus in die linke Pleurahöhle bei einem 11 monatlichen Kinde. In den Wandungen des Oesophagus und des Magens war kein Anzeichen eines ulcerativen Processes zu entdecken. Ebenso wenig fand sich eine Spur von einem Fremdkörper. Das an Bronchitis leidende Kind wurde 12 Stunden vor dem letalen Ausgange, welcher plötzlich und unerwartet erfolgte, in's Hospital aufgenommen. Dem Tode gingen Convulsionen vorher.

(Vorstehendes Referat ist wörtlich aus dem Sitzungsbericht der Midland Medical Society im Brit. Med. Journal übersetzt. Es ist zu bedauern, dass kein ausführlicherer Bericht über dieses Beispiel eines so äusserst seltenen und oft so zweifelhaften Leidens gegeben ist.) SEMON.

117) **Turner** (Melbourne). **Bemerkungen über einen Fall von Oesophagusstrictur bei einem Kinde. (Notes of a case of stricture of the oesophagus in a child.)** *Australian Medical Journ. 15. April 1885.*

Vortrag und Demonstration des Präparats vor der Medical Society of Victoria am 1. April 1885. Es handelte sich um ein $3^1/_2$jähriges Mädchen, das Seifenlauge getrunken hatte. Die sehr unregelmässig und nicht nur von vielen verschiedenen Aerzten sondern auch von der Mutter der Patientin vorgenommenen Versuche, die Strictur, welche dicht unterhalb des Ringknorpels beginnend sich bis nahe an die Cardia erstreckte, durch Einführung von Bougies zu erweitern, waren anfangs erfolgreich, wurden dann aber ausgesetzt; die Verengerung nahm wieder zu und schliesslich erfolgte — ob in Folge der erneuerten Versuche die Strictur durch Bougirung zu dilatiren, ist nicht klar ausgesprochen — Perforation in die linke Pleurahöhle und der Tod des Kindes.

In der Discussion rügte Dr. Williams, dass man der Mutter das Einführen von Bougies anvertraut habe und Dr. Allen meinte, dass man an Oesophagostomie habe denken können. (Was letztere bei der enormen Länge der Strictur habe nützen sollen, ist dem Referenten nicht ganz verständlich.) SEMON.

118) **A. Selenkow** (Petersburg). **Tuberculöse partielle Zerstörung des Oesophagus, Gastrostomie. Tod.** *Petersb. med. Wochenschr. 1884. No. 49.*

Ein 50 Jahre alter Mann litt an starken Schmerzen unter dem Brustbein,

die sich beim Schlingact steigerten. Der Schlingact selbst etwas erschwert. Die Sondenuntersuchung ergab eine leichte Stenose des Oesophagus, die sich allmälig so steigerte, dass die Nahrungsaufnahme unmöglich wurde. Die Diagnose lautete auf Carcinoma oesophagi, und um den Kranken besser zu ernähren, wurde ihm die Gastrostomie gemacht. Aus der Fistel ergoss sich täglich trotz Ausspülungen faulig riechender Mageninhalt, die Kräfte nahmen ab, und Pat. starb an Inanition. Fieber hat Pat. nie gehabt. In der linken Lunge ein alter verkalkter Herd und einige narbige Einziehungen. Im rechten oberen Lappen theils alte, theils frische pneumonische Herde, die an der Lungenwurzel in Verbindung stehen mit käsig zerfallenen, schwarz pigmentirten Lymphdrüsen und hart am Oesophagus unterhalb der Bifurcation mit einer mit Detritus gefüllten hühnereigrossen Höhle, in welche von oben und unten das Lumen des Oesophagus einmündet, während von der Substanz desselben nur eine Länge von 5 Ctm. und etwa 3—4 Mm. Breite erhalten ist. Nach hinten ist die Substanz des Oesophagus durch einen 4 Ctm. langen und 2 Ctm. dicken käsigen Herd ersetzt. Die Schleimhaut des unteren Oesophagusabschnitts und des Magens im Zustande acuten Catarrhs, mit Ecchymosen besetzt. Die Diagnose war hier schwer bei Lebzeiten zu stellen, weil Pat. stets fieberfrei war. LUNIN.

119) **Paul Coudray** (Klinik: Trélat. Paris.). **Narbige Verengerung des Oesophagus. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage).** *Journ. de connaissanc. méd. No. 2. 8. Januar 1885.*

Es wird nur kurz ein Vortrag Prof. Trélat's über Oesophagusstricturen wiedergegeben, den dieser bei Gelegenheit eines Falles von narbiger Verengerung an zwei Stellen des Oesophagus, die Folge einer Verätzung mit Schwefelsäure, gehalten hat. E. J. MOURE.

120) **Billroth** (Wien). **Zwei verschluckte Gebisse.** *Anzeiger d. k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 26. Febr. 1885. Protocoll der Sitzung vom 26. Februar 1885 und Wien. med. Blätter. 1885. No. 9.* — Dasselbe unter: **Oesophagotomie.** *Wien. med. Wochenschr. 1885. No. 9.*

B. stellt einen Fall von geheilter Oesophagotomie vor: die 44jährige Kranke hatte ein künstliches Gebiss vor 4 Tagen verschluckt; Dr. Hacker, Assistent der Klinik, extrahirte sofort nach ausgeführter Oesophagotomie das Gebiss. Ein Kautschuckrohr wurde durch die Wunde bis in den Magen eingeführt und die Wunde mit Jodoformgaze tamponirt. Der Verlauf war fieberlos.

Weiter berichtet B. über ein Mädchen, welches ein Gebiss im Schlafe bis in den Magen geschluckt hatte. B. machte die Gastrotomie und ging mit der Hand in den Magen ein; doch erst nach einigen Versuchen konnte B. dass Gebiss finden und extrahiren. Der Verlauf war nach 4 Tagen noch fieberlos. CHIARI.

II. Kritiken und Besprechungen.

„Internationale Encyclopädie der Chirurgie", Herausgegeben von **John Ashhurst, jr.** (Philadelphia). Vol. V. William Wood and Company. 1884.

a) „Krankheiten und Verletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen", von George M. Lefferts, New-York.

Der Name des Autors ist eine genügende Garantie dafür, dass diese Abtheilung des grossen Werkes über Chirurgie von Ashhurst durchaus gut bearbeitet worden ist. Auch wird sich der Leser nicht enttäuscht finden, wenn er von Lefferts' Bearbeitung der Nasenkrankheiten viel erwartet. Nahezu 100 Seiten sind diesem Gegenstande gewidmet worden; und wenn man die ausserordentliche Grösse der Seiten in Betracht zieht, so bilden sie einen Band von nicht geringem Umfang. Das Gebiet ist systematisch behandelt. Der Autor beginnt mit einer Beschreibung der Instrumente und der Methoden der Rhinoscopie, geht dann zu den Affectionen der Nasenwege und des Septums über, hierauf zu den Verletzungen der Nase, den Defecten und Missbildungen, den Affectionen der Nebenhöhlen und schliesst mit einer von Ashhurst selbst gelieferten Beschreibung der rhinoplastischen Operationen. Gegenstände, wie Epistaxis, Stenose, Nasensteine etc. werden unter besonderen Kapiteln abgehandelt, einerseits um die Aufmerksamkeit mehr auf sie zu lenken, andrerseits weil es nicht immer leicht ist, zu sagen, zu welcher Krankheitsklasse sie gehören, oder wo ihr Sitz zu localisiren ist. Es scheint Nichts übersehen worden zu sein, so dass der Practiker, wenn er über irgend einen seltenen Fall sich zu informiren wünscht, sicher ist, darüber etwas in dieser Abtheilung zu finden. Lefferts gewährt dem Leser ebenso alle Vortheile seiner ausgedehnten Literaturkenntniss über diesen Gegenstand, wie seiner grossen practischen Erfahrung.

In den meisten Fällen kann man die Ansichten des Autors als Dogmen hinnehmen, denn sie sind von der Mehrheit derjenigen acceptirt, welche sich mit Hals- und Nasenkrankheiten beschäftigen, und man kann sie in der That als Ansichten der vorgeschrittenen orthodoxen Schule bezeichnen.

In einem Punkte aber differirt L. von vielen Autoren, nämlich in dem Glauben, dass die acute Coryza binweilen ansteckend sei. Es ist dies eine Frage, von der es sehr unwahrscheinlich ist, dass darüber sehr bald eine Einmüthigkeit der Meinungen erzielt werden wird. Rücksichtlich der Therapie sind wir mit den Ansichten des Autors meistens völlig einverstanden, wiewohl wir gestehen, bei manchen Zuständen die Insufflationen dem Spray vorzuziehen und zu einem viel weitergehenden Gebrauch des Galvanocauters rathen, als dies seitens Lefferts' geschieht. Die Directiven, welche er für die Anwendung des Spray giebt, sind klar und nützlich.

Bei einer eingehenderen Prüfung der verschiedenen Seiten dieses Artikels scheinen uns folgende Punkte beachtenswerth. Bei den Varietäten der acuten Coryza spricht der Autor von einer gonorrhoischen Coryza sowohl bei Kindern, als bei Erwachsenen als einer Krankheit, die gar nicht selten sei und sicher nur durch Contagion mit dem gonorrhoischen Ausfluss hervorgerufen werde.

Die verschiedenen Hypertrophien der Gewebe des Naseninnern werden unter dem Kapitel des hypertrophischen Nasencatarrhs abgehandelt; ebendahin rechnet er auch die adenoiden Vegetationen. Dieser Umstand bedingt den Hauptmangel

in L.'s Werk: Die Beschreibung der adenoiden Vegetationen, ihre Diagnose und Therapie ist mit denen über die Hypertrophien der Nasenmuscheln und anderer Theile zusammengeworfen worden. Das ist eine sehr unglückliche Idee. Denn selbst, wenn die Ansichten des Autors über die Verwandtschaft aller dieser Hypertrophien correct wären, so unterliegt es doch keiner Frage, dass die adenoiden Vegetationen, einmal, weil sie von grosser Wichtigkeit sind, dann aber auch, weil sie sowohl in den Werken über Chirurgie als auch über innere Medicin relativ wenig beachtet werden, eine ausführlichere Bearbeitung seitens des Autors verdient hätten. Ein Arzt, der in Ashhurst's Encyclopädie eine gute Abhandlung über dieses Leiden, seine Symptomatologie, Diagnose und Therapie sucht, wird nicht finden, was er erwartet. Nichtsdestoweniger soll dieses Kapitel die Krankheiten des Nasenrachenraums enthalten. Wenn man bedenkt, dass die ganze Behandlung dieses Leidens in 16 Zeilen abgethan wird, so ist es leicht verständlich, dass die Beschreibung kaum mehr als eine einfache Erwähnung einiger der Methoden enthält, welche zur Exstirpation dieser Vegetationen angewandt werden. Wir hoffen aufrichtig, dass Lefferts bei einer etwaigen zweiten Auflage dieses Werkes Gelegenheit nehmen wird, diesen schwachen Punkt zu verbessern.

Bei Besprechung der Nasendiphtherie erwähnt L., dass er zu verschiedenen Malen membranöse Exsudate aus den Nasenwegen von Kindern entfernt habe, welche sich an den unteren Nasenmuscheln gebildet hatten. Sie sehen den diphtheritischen Membranen sehr ähnlich, unterscheiden sich aber von diesen durch das Fehlen aller übrigen Symptome, welche diese schwere Krankheit hervorruft.

Die Vorliebe für die Zange und die kalte Drahtschlinge bei der Behandlung der Nasenpolypen wird nicht verfehlen, alle diejenigen zu überraschen, welche gewohnt sind, eine gute galvanocaustische Batterie anzuwenden. Würden die ersteren Instrumente einen grösseren Procentsatz completer Heilungen liefern, so wäre das ein genügender Grund sie vorzuziehen. Unsere eigene Erfahrung jedoch, wie die verschiedener Autoren von gutem Ruf in der Nasenchirurgie, führen zu dem Gegentheile. Was die Annehmlichkeit für den Patienten betrifft, so ist das Zeugniss der Leidenden, welche den verschiedensten Behandlungsmethoden unterworfen waren, der sicherste Massstab für dieselbe; und dieses spricht sich zu Gunsten des Galvanocauters aus. Wir geben gern zu, dass es Fälle giebt, wo die Zange dem Galvanocauter vorzuziehen sei, so z. B. wenn die Dauer der Behandlung in Betracht kommt. Wir möchten auch nicht für alle Fälle eine feststehende Directive geben; aber in der grossen Mehrzahl der Fälle geben wir ohne Bedenken dem Galvanocauter den Vorzug. Eine Erklärung für die Ansichten des Autors liefern wahrscheinlich die Abbildungen der galvanocaustischen Instrumente, welche man in den Text, Seite 384, eingeschaltet findet. Entweder sind die Abbildungen sehr unvollständig, oder die Instrumente sehr plump.

b) „Verletzungen und Krankheiten des Mundes, der Fauces, der Zunge, des harten Gaumens und der Wangen“, von Christopher Heath, London.

Wenn wir constatiren, dass allen den Krankheiten und Verletzungen der im Titel erwähnten Theile weniger als 60 Seiten gewidmet wurden, so ist es leicht verständlich, dass jeder einzelnen Affection nur ein geringer Raum zuertheilt ist. Wir können kaum glauben, dass der Herausgeber es ernstlich gewünscht habe,

dass soviel auf einem so engen Raum zusammengefasst werden sollte. Wir sind daher zu der Annahme gezwungen, dass Herrn Heath's Gedanken gegenwärtig so sehr auf das schnelle Erscheinen seines grossen chirurgischen Wörterbuchs concentrirt sind, dass er auch im vorliegenden Werke die von ihm behandelten Gegenstände nach der Methode eines Dictionairs bearbeitet und sich begnügt hat, Einzelnes nur zu erwähnen und zu erklären, ohne eine Abhandlung über Symptomatologie, Verlauf und Diagnose zu liefern. Der Artikel ist, zum grossen Theile wegen seiner äussersten Kürze, so mangelhaft, dass es zwecklos wäre, ihn zu kritisiren.

c) „**Verletzungen und Krankheiten des Halses**", von **George H. B. Macleod**, Glasgow.

Dieser Artikel leidet an demselben Fehler wie der vorhergehende, nämlich an dem Bestreben, zu viele Dinge in einem zu engen Rahmen zusammenfassen zu wollen.

Die Verletzungen des Halses sind wohl im Ganzen genügend beschrieben, und ihre Behandlung ist so vollständig angegeben, wie man es in einem Werke dieser Art erwarten kann. Aber die Krankheiten haben nicht annähernd so viel Raum und Sorgfalt erhalten, wie sie es verdienen. Dies trifft besonders bei den Krankheiten der Schilddrüse zu, welche kaum mehr als sieben Seiten einnehmen. Diesem Umstande ist es vielleicht auch zuzuschreiben, dass der Folgen, welche nach der Totalexstirpation der Schilddrüse während der letzten Jahre oder noch früher beobachtet worden sind, gar keine Erwähnung geschieht. Freilich wäre es möglich, dass Macleod seinen Artikel bereits nach Amerika geschickt hatte, als die Publication der Kocher'schen Beobachtungen erfolgte. Ferner macht sich bei der Behandlung der Affectionen der Lymphdrüsen des Halses ganz augenscheinlich das Bestreben geltend, den Gegenstand in sehr engen Grenzen zusammenzufassen. Die Pathologen sowohl wie die practischen Chirurgen wissen, wie schwierig und complicirt die ganze Materie ist. Es ist sehr wenig Grund zur Annahme, dass irgend Einer von Beiden nach dem Durchlesen der drei oder vier Seiten, auf welche der ganze Gegenstand zusammengepresst ist, mehr Licht oder klarere Ansichten aus dem über den Gegenstand Gesagten schöpfen wird. In mehr als einer Hinsicht erscheint der Artikel sehr veraltet, und es ist einigermassen sonderbar, dass von den Werken, welche in den Anmerkungen citirt werden, keins ein späteres Datum als 1878 trägt, während die meisten derselben schon ein gut Theil früher geschrieben sind. Wir haben nicht die Neigung, den Werth der Werke, welche vor dieser Zeit geschrieben wurden, gering anzuschlagen. Aber wir sind ganz sicher, dass während der letzten sechs Jahre gute Werke über verschiedene, von Macleod behandelte Gegenstände erschienen sind, und wir bedauern, dass er sich nicht veranlasst gesehen hat, sie zu benutzen.

d) „**Verletzungen und Krankheiten der Luftwege**," von **J. Solis-Cohen**, Philadelphia.

Sehr verschieden in jeder Hinsicht ist im Vergleich zu dem vorigen der Artikel von Solis-Cohen über die Verletzungen und Krankheiten der Luftwege. Mit wenigen und unbedeutenden Ausnahmen enthält er einen vollständigen Bericht über die Affectionen des Larynx und der Trachea, sorgfältig und metho-

disch abgefasst, im Allgemeinen sehr unparteiisch bis in die jüngste Zeit verfolgt. Wir beglückwünschen den Verfasser zu seiner Arbeit. Besonders angenehm hat uns die Art berührt, wie er die Verletzungen der Theile behandelt hat. Im Anschluss hieran möchten wir bemerken, dass die von Arbuthnot Lane in der letzten Session der pathologischen Gesellschaft zu London gemachten Beobachtungen es wahrscheinlich machen, dass schwere Brüche des Ringknorpels nicht so bedenklich sind, wie man bisher allgemein angenommen hat.

Der Autor hat ferner eine in jeder Beziehung werthvolle, vortreffliche Abhandlung und tabellarische Zusammenstellung der Fälle von Exstirpation des Larynx und Neubildungen der Trachea geliefert. Was unseren eigenen Fall von Papillom der Trachea betrifft, so können wir ihm mittheilen, dass einige Monate nach der Exstirpation der Neubildung sich ein kleines Papillargewächs auf einem der Stimmbänder zeigte, und dass, als wir unsere letzte Untersuchung vornahmen (18 Monate oder 2 Jahre nach der Operation), sich von neuem Symptome eines Trachealverschlusses bemerkbar machten.

Wiewohl manche seltene Affectionen erwähnt oder ausführlich beschrieben werden, so finden wir doch keinen Bericht über den Lupus des Larynx, oder eine Mittheilung über die Symptome der Coordinationsstörung der Stimmbandspanner, welche genügte, um diese Affection nach der Beschreibung zu erkennen. Auch hätten wir gewünscht, dass Cohen ein wenig mehr Raum der Behandlung der motorischen Affectionen des Larynx gewidmet hätte. Es wäre dies wünschenswerth gewesen, damit der Praktiker eine klarere Einsicht in die Fälle gewonnen hätte, in denen die Electricität sich als nutzbringend erweist, und eine bessere Vorstellung von dem erlangt hätte, was gewöhnlich als „hysterische oder functionelle Aphonie" bezeichnet wird.

Wir sind jedoch zufrieden, den Artikel so erhalten zu haben, wie er vorliegt, und wir begrüssen ihn als eine vortreffliche Abhandlung über die Gegenstände, welche in ihm besprochen sind.

Wir können nicht schliessen, ohne einige Worte über die Holzschnitte zu sagen, mit welchen diese vier Artikel illustrirt sind. Sie sind meistens nachlässig ausgeführt, einige sind sogar sehr schlecht. Diejenigen, welche Cohen's Artikel beigegeben sind, sind noch die besten, diejenigen, welche den Artikel über die Affectionen des äusseren Halses illustriren, die schlechtesten. Jedermann würde in Verlegenheit kommen, wenn er entdecken wollte, was die Figur 918 bedeuten soll mit der Unterschrift „Pharynxgewölbe mittelst der hinteren Rhinoscopie gesehen." Was ferner die Figuren 1014 und 1018 in Macleod's Artikel betrifft, erstere, „Maligner Halstumor", diese „Halslymphom" bezeichnet, so ist es unmöglich, ernsthaft von denselben zu sprechen. Die erste sieht wie das Bild eines Menschen aus, dem eben ein Felsstück an den Hals geschleudert worden ist, und könnte mit Recht als eine Illustration des „Martyrium des heiligen Stephan" gelten! Die zweite sieht aus wie eine Abbildung von einer Krankheit der Nates! Wir können nicht umhin, unser Erstaunen darüber auszudrücken, dass ein Land, welches so wunderbare Holzschnitte liefert, wie die des Harper'schen und des Century-Magazine, sich solcher Krankheitskarrikaturen schuldig machen kann.

HENRY T. BUTLIN.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, October. 1885. No. 4.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals.

1) **Duret. Halsphlegmone; Tracheotomie. (Phlegmon du cou; Trachéotomie.)** *Soc. des scienc. médic. de Lille. 22. April. Journ. des scienc. médic. de Lille. No. 12. 20. Juni 1885.*

Ein 35jähriger Mann mit umschriebener Phlegmone in der rechten Schilddrüsengegend wurde von stenotischen Erscheinungen des Kehlkopfes befallen und ging trotz gemachter Tracheotomie zu Grunde.

Die Obduction liess ein Lungenödem und einen Eiterherd zwischen Ringknorpel und vorderer Wand der Speiseröhre nachweisen. Der Eiter umfloss rechterseits das Gefäss-Nervenpaquet, und der entblösste Recurrens war in einer Länge von 6 Ctm. gleichfalls von Eiter umgeben. Larynx normal.

D. glaubt der Reizung des Vagus und des Recurrens die Todesursache zuschreiben zu dürfen. Ersterer sei Schuld am Lungenödem, letzterer an der Kehlkopfstenose.

Intra vitam war keine laryngoscopische Untersuchung vorgenommen worden.

E. J. MOURE.

2) **Guelliot** (Reims). **Adenophlegmone der Oberzungenbeingegend. (Adénophlegmon de la région sus-hyoïdienne.)** *Soc. méd. de Reims. 24. Dec. 1884 und Union méd. du Nord-Est. No. 4. 15. April 1885.*

Vorstellung des Kranken. Nähere Angaben fehlen. E. J. MOURE.

3) **Whittle** (Brighton). **Asphyxie durch Adenitis cervicalis producirt. (Asphyxia from cervical adenitis.)** *Brit. Med. Journal. 25. April 1885.*

Zwei sehr unvollständig in dem Bericht des Brit. Med. Journal über die Sitzung der Brighton and Sussex Med. Chir. Society vom 2. April 1885 referirte Fälle, in denen vergrösserte Cervicaldrüsen zu schweren Respirationsstörungen führten. In einem Falle, dem eines Kindes, musste die Tracheotomie vorgenommen werden. Die Pat. ging 10 Tage später an Bronchopneumonie zu Grunde, und bei der Obduction wurden „mit den Cervicaldrüsen in Verbindung stehende" Abscesse gefunden. — Im zweiten Falle abscedirte die Parotis, und später traten

Pneumonie und temporäre Herzerweiterung auf, doch genas die Patientin, eine Erwachsene, schliesslich unter dem Gebrauch von Blutegeln, Pilocarpin etc.

SEMON.

4) **Hashimoto** (Tokio, Japan). **Chirurgische Beiträge aus Japan. Ein Fall von Angina Ludovici.** *Archiv f. klin. Chirurgie von v. Langenbeck. Bd. 32. Heft 1. 1885.*

Der Fall betrifft ein 2jähriges Kind, bei dem sich die Affection nach einer Pneumonie und in Begleitung von Pustelbildung der Oberlippe und Stomatitis aphthosa entwickelt hatte, Genesung; sonst nichts Neues.

SCHECH.

5) **Michel. Militair-Hospital Lüttich. Chirurgischer Dienst-Bericht. Abscess der rechten Unterkiefergegend. Speichelstein. Heilung. (Hôpital militaire de Liège. Rapport sur le service chirurgical. Abcès de la région sous-maxillaire droite; calcul salivaire. Guérison.)** *Archives médicales Belges. Mars 1885.*

Beim Einschneiden des besagten Abscesses wird ein kleiner, mobiler Körper im Gewebe der Glandula submaxillaris entdeckt, der sich leicht mit der Pincette entfernen lässt. Derselbe ist sphärisch, etwas rauh an seiner Oberfläche und stark hanfkorngross; ein zweiter Stein wird nicht gefunden. Der Stein zeigt sich aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk zusammengesetzt.

BAYER.

6) **M. J. Kilgariff** (Dublin). **Geschwülste des Halses. (Tumours of the neck.)** *Brit. Med. Journal. 31. Januar 1885.*

Eingekapseltes, recurrirendes und ulcerirendes Lymphosarcom des Halses, das myxomatöse Veränderungen eingegangen war (microscopische Untersuchung: Dr. Coppinger). Die aus der Parotisregion einer 25jährigen Frau glücklich entfernte Geschwulst wurde der pathologischen Section der Academy of Medicine in Ireland am 16. Januar 1885 vorgelegt. Sechs Jahre früher war eine ähnliche Geschwulst von derselben Stelle entfernt worden.

SEMON.

7) **F. W. Zahn** (Genf). **Beiträge zur Geschwulstlehre. Ueber ein Myxosarcom bei einem sechsmonatlichen Fötus, hervorgegangen aus dem Saugpolster der linken Wange. Ueber Cysten mit Flimmerepithelien im Nasenrachenraum. Ueber vier Fälle von Kiemengangcysten.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXII. Heft 3 u. 4. 1885.*

Da die mitgetheilten Fälle kein klinisches, sondern histologisches Interesse haben und über den complicirten Bau und histologischen Character ein erschöpfendes kurzes Referat nicht möglich ist, so wird auf das Original verwiesen; die Cysten im Nasenrachenraum dürften mit den von Tornwaldt beschriebenen Cysten der Bursa pharyngea identisch sein.

SCHECH.

8) **Tyrman** (Graz). **Ein Fall von vollständiger Kiemenfistel mit gleichzeitig bestehenden anderen Bildungsanomalien.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 11. 1885.*

Bei einer 31jährigen mit Cretinismus behafteten Frau, welche zugleich an angeborener Atresie beider unterer Thränenpunkte litt, zeigte sich 3 Ctm. oberhalb des rechten Sterno-clavicular-Gelenkes eine Fistelöffnung, durch welche sich eine Sonde $9^1/_2$ Ctm. nach oben und innen einführen lässt. Während die Sonde

nicht bis in den Rachen dringt, gelangt eingespritzte Flüssigkeit in denselben. Die innere Oeffnung liess sich nicht auffinden; dagegen zeigte der Gang oberhalb der Ausmündung eine sackige Erweiterung, aus welcher sich eine zähe, weisslich-gelbe Flüssigkeit durch Druck entleeren liess. War die Sonde 4 Ctm. tief in den Gang eingeführt worden, so trat Hustenreiz auf.

Die Fistel entleerte ungefähr jeden zweiten Tag etwas Flüssigkeit, zur Zeit der Periode und beim Genuss geistiger Getränke etwas mehr. Beim Schlucken zieht sich die äussere Oeffnung trichterförmig ein; eine Behandlung fand nicht statt.

T. macht besonders aufmerksam auf das Zusammentreffen der Halskiemenfistel mit den anderen angeborenen Anomalien bei dieser Kranken und auf den Umstand, dass eine Schwester und ein Kind der Patientin an Hasenscharte leiden. Zum Schlusse giebt T. eine Uebersicht über die Literatur dieses Leidens.

CHIARI.

9) **Tillaux** (Paris). **Ueber die Thyreo-hyoïdealfistel. (De la fistule thyreo-hyoïdienne.)** Vortrag, aufgezeichnet von Marcigney und Phocas. *Le Progrès méd. No. 8. 21. Februar 1885.*

In dem Vortrage wird zuerst die Pathogenie der Fisteln am Halse berührt. Sie können erworben oder angeboren sein. Die erworbenen können ihren Grund haben:

1. in einer vereiternden Lymphdrüse;
2. in einer Caries der Knorpeln des Kehlkopfes;
3. in einer vereiternden Halscyste;
4. in einem Traumatismus des Kehlkopfs oder der Trachea, z. B. in einer Tracheotomie;
5. ist ein Fall von Fistelbildung nach Verletzung des Oesophagus bekannt.

Die angeborenen Fisteln am Halse rühren von einer Hemmungsbildung der 2. oder 3. Kiemenspalte her.

Dieser letztere Fall betraf die vorgestellte Kranke im Alter von 22 Jahren, die in der Höhe des oberen Schildknorpelrandes eine Fistelöffnung zeigte, von welcher aus sich ein rabenfederkieldicker Strang nach hinten oben und links hin verfolgen liess. Nach Boyer sollten diese Fisteln von einem vereiternden Hygrom der nach ihm benannten Bursa serosa entstehen. Nach Nelaton sollten sie von entzündeten Follikeln der Epiglottis herrühren.

T. nimmt aber mit Duplay obige Hemmungsbildung an, und damit stimme auch überein das Vorhandensein von Flimmerepithel in deren Wandung.

Die einzige erfolgreiche Therapie besteht in vollständiger Abtragung der verdickten Fistelwandung. Das wurde auch in obigem Falle mit Erfolg durchgeführt. — Das einzig Auffällige in obiger Beobachtung ist nur, dass diese als congenital angenommene Fistel erst seit $4^1/_2$ Jahren bestanden hat.

E. J. MOURE.

10) **Heurtaux** (Nantes) **Dermoïdcyste in der Regio suprahyoïdea. (Kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne.)** *Soc. anatom. de Nantes. März 1885. Gaz. méd. de Nantes. No. 6. 9. April 1885.*

Vorzeigen der Cyste, die einem 23jährigen Mädchen exstirpirt worden war

Die Cyste war haselnussgross und sass dem Zungenbeine auf. Sie schien sich im Bereiche der 3. Kiemenspalte entwickelt zu haben. E. J. MOURE.

11) **Tillaux** (Paris). **Dermoïdcyste der Oberzungenbeingegend. (Kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne.)** *Gaz. des hôp. No. 72. 23. Juni 1885.*

Die 28jährige Frau besass seit 21 Jahren in der Medianlinie der Oberzungenbeingegend einen hühnereigrossen Tumor, der anfangs für ein Lipom gehalten wurde. Eine Probepunction ergab, dass man es mit einer Dermoidcyste zu thun habe. E. J. MOURE.

12) **Mc. Reddie** (Unaó, Brit. Indien). **Sarcomatöser Tumor des Halses. Operation. Tod. Autopsie. Bemerkungen. (Sarcomatous tumour of the neck; operation; death; necropsy; remarks.)** *Indian Medical Gazette. November 1884.*

Der Fall ist klinisch völlig ungenügend beobachtet und die theoretischen Auseinandersetzungen am Schlusse entschädigen nicht für den Mangel der Erklärung des Zusammenhangs zwischen den wichtigsten während des Lebens vorhanden gewesenen Erscheinungen (Respirations- und Deglutitionsstörungen) und dem Leichenbefund (Druck eines hinter dem linken Ohre sitzenden Sarcoms auf die drei obersten Halswirbel und, wie der Verf. meint, auf die Medulla). SEMON.

13) **Rushton Parker** (Liverpool). **Ungewöhnlicher Fall von Epitheliom. (Unusual case of epithelioma.)** *Brit. Med. Journal. 10. Januar 1885.*

Branchiogenes Epitheliom des Halses bei einem 56jährigen Manne, welches 8 Monate nach gründlicher Exstirpation noch nicht recidivirt hatte. Demonstration des Pat. in der Liverpool Med. Institution am 4. December 1884. SEMON.

14) **T. Pridgin Teale** (Leeds). **Klinischer Vortrag über die chirurgische Behandlung scrophulöser Drüsen. (Clinical lecture on the surgery of scrofulous glands.)** *Medical Times. 10. u. 17. Januar 1885.*

Sehr belehrender und bis in die minutiösesten Details gehender Vortrag über obiges Thema. Der Autor ist ein Freund sehr energischer und gründlicher Behandlung. Er macht besonders darauf aufmerksam, dass in einer grossen Anzahl von Fällen, in denen secernirende Fistelgänge am Halse Jahrelang bestehen, es sich nicht um subcutane, sondern um unter der Fascia profunda belegene Cervicaldrüsen handelt, und giebt genaue Anleitung, wie diese sinuösen Fisteln mittelst des Bigelow'schen Dilatatoriums zu erweitern sind, ihr Inhalt mittelst des Lister'schen scharfen Löffels, den er dem Volkmann'schen vorzieht, auszukratzen und die Wunde nachher zu drainiren ist. Behufs der genauen Indicationen zur Operation und der verschiedenen Modificationen ihrer Ausführung muss auf das Original verwiesen werden, dem auch eine ganze Anzahl illustrirender Krankengeschichten beigefügt ist. SEMON.

15) **Th. Clifford Allbutt** (Leeds). **Klinischer Vortrag über scrophulöse Halsdrüsen. Clinical lucture on scrofulous neck.)** *Med. Times. 13. December 1884.*

Allbutt's Vortrag behandelt in klarer und instructiver Weise den Gegenstand des Teale'schen Vortrags vom Standpunkte des inneren Klinikers und be-

spricht die Aetiologie, Pathologie, Diagnose und interne Behandlung der scrophulösen Halsdrüsenerkrankungen. Beide Arbeiten sind zusammen in Brochurenform bei J. & A. Churchill, London, erschienen. SEMON.

16) **Fred. Treves** (London). **Ein Fall scrophulöser Lymphdrüsenerkrankung mit Phthise. (A case of scrofulous gland disease with phthisis.)** *Brit. Med. Journ. 31. Januar 1885.*

In einem vor der Clinical Society in London am 23. Januar 1885 gehaltenen Vortrage theilte T. einen Fall von scrophulösen Hals- und Achseldrüsen mit, die jeder medicinischen Behandlung trotzten, mittelst des Thermocauters und Auskratzens enucleirt wurden, und nach deren Entfernung sich binnen 6 Monaten letal verlaufende Phthise entwickelte. Der Fall regte zu der wichtigen Frage an, in wie weit chirurgisches Eingreifen bei scrophulösen Lymphdrüsen zulässig sei. T. selbst liess sich in seiner Ansicht von dem Nutzen solchen Eingreifens trotz des traurigen Ausganges dieses Falles nicht erschüttern. Freilich müsse man die Fälle sorgfältig wählen. Operativ empfehle es sich am meisten, zuerst die Drüse mit dem Thermocauter zu punktiren, dann mit dem scharfen Löffel auszukratzen. — An der sich anschliessenden Discussion, die sich hauptsächlich um die Frage drehte, was „scrophulöse" und was „tuberculöse" Drüsen seien, nahmen die Herren Burney Yeo, Godlee, Glover, Symonds, Ewart, Stephen, Paget und Barwell theil. Eine befriedigende Antwort aber wurde weder auf diese Frage, noch auf die andere, ebenso wichtige gegeben, wie häufig man Tuberkelbacillen in enucleirten Drüsen fände? SEMON.

17) **Maurice Knox** (Bareilly, Brit. Indien). **Zwei Fälle von am Halse sichtbarer Lungenhernie, in deren einem die Diagnose durch den Leichenbefund sicher gestellt wurde. (Two cases of hernia of the lungs into the neck; one verified by post-mortem examination.)** *Lancet. 21. März 1885.*

Im ersten dieser Fälle fühlte der Pat., ein 22jähr. schwächlicher, häufig an Bronchitis leidender, englischer Soldat, während eines Hustenanfalls plötzlich etwas an der linken Seite des Halses nachgeben, und entdeckte gleich darauf, oberhalb der linken Clavicula einen hühnereigrossen Tumor. Fünf Monate später wurde er in's Hospital aufgenommen, wo neben ausgedehntem Emphysem der linken Lunge ein weicher, compressibler, sich beim Husten vergrössernder Tumor von der Grösse eines Kalekutteneies constatirt wurde, über dem Athemgeräusch und crepitirendes Rasseln zu hören und über welchem die Haut verschiebbar war. Keine Klagen, als leichte Schmerzen in der Brust und Dyspnoë bei Anstrengungen. Während der nächsten 6 Monate erreichte die Geschwulst die Grösse einer starken Orange. Sonst keine Veränderung.

In dem zweiten Falle handelte es sich um einen 50jähr. Indier, der häufig an Asthmaanfällen litt und plötzlich an Syncope zu Grunde ging. Bei der Obduction (Dr. Wilkie) wurde entdeckt, dass der Apex der rechten emphysematösen Lunge oberhalb des rechten Schlüsselbeins projicirte und dort eine faustgrosse, durchscheinende Geschwulst bildete, in deren Innerem der grösste Theil des alveolären Stromas der Lunge zu Grunde gegangen war. Nach Entfernung

der Lunge liess sich die ganze Hand des obducirenden Arztes vom Thorax aus hinter der Clavicula unter die oberflächlichen Halsgebilde einführen, die dann geschwulstähnlich hervorragten.

Sonst bot der Leichenbefund nichts Besonderes. SEMON.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **W. Runge. Die Nase in ihren Beziehungen zum übrigen Körper.** Dissertation. Jena. 1885.

Zusammenfassende Arbeit über die in den letzten Jahren gemachten Beobachtungen über nasale Reflexneurosen mit physiologischen Bemerkungen über äussere Form der Nase, Beeinflussung der Skelettbildung durch anomale Form des Naseninnern, über Geruchsvermögen, Schleimsecretion. Die Literatur ist sehr mangelhaft und einseitig benutzt, so findet sich z. B. von den bahnbrechenden Arbeiten B. Fränkel's nirgends eine Erwähnung. SCHECH.

19) **A. Valentin** (Bern). **Ueber die Beschaffenheit der riechbaren Stoffe und die Ursache des Riechens.** Mittheilungen der naturforschenden Gesellschaft in Bern. Heft 1. 1884.

V. nimmt, gestützt darauf, dass bei Ozaena simplex die ausgetrocknete Nase das Geruchsvermögen verliert, an, dass die Flüssigkeitsschicht, welche die Lage der Riechzellen in der Geruchsspalte bedeckt, beim Riechen eine wesentliche Rolle spielt. Ferner hebt er hervor, dass die meisten im eigentlichen Sinne riechbaren Körper im Wasser schwer oder ganz unlöslich sind. Er stellt sich die Erregung des Olfactorius als eine mechanische vor: „als eine directe, in Form charakteristischer Schwingungen vor sich gehende Kraftübertragung vom Molecul der riechbaren Substanz auf das Endorgan des Riechnerven, welche als Folge von Freiwerden von Kraft bei einer Condensation zu Stande kommt . . .". Diese Condensation kann einem Niederschlag der in Wasser unlöslichen Substanz in der Flüssigkeit der Riechschleimhaut entsprechen. Hierzu sehr geeignet sind z. B. die leicht sublimirbaren, in Wasser unlöslichen Körper, Jod, Tetrachlorkohlenstoff, Jodoform, Kampher, Naphthalin, welche die intensivsten und haftendsten Gerüche verbreiten. Ausnahmen von Stoffen, welche löslich sind und doch riechen, wie die flüchtigen Alkalien und Säuren, die Senföle, die reizenden Metalloiddämpfe, erweisen sich als nur scheinbare, indem diese Körper eben mehr den Trigeminus reizen.

Die Condensation des Riechstoffes kann aber nach Verf. auch durch chemische Verbindung desselben mit Eiweiss zu Stande kommen, oder von physikalischer Contraction mit dem Wassermolecul herrühren. Möglicherweise ist sie auch das Resultat einer directen Oxydation; wenigstens sind nach V. die meisten Riechstoffe leicht oxydirbar. Bei allen diesen Processen käme vielleicht auch die freiwerdende Wärme in Betracht. JONQUIÈRE.

20) **Trilessky** (Ismail). **Fehlen des linken Geruchsnerven. (Nedostatoc lewawo obo njatelnago nerva.)** *Wratsch. No. 37. 1884.*

T. fand zufällig bei der Section eines an Intermittens verstorbenen, 25jähr.

Soldaten, dass der linke Tractus olfactorius fehlte. Entsprechend der inneren Wurzel desselben fand sich ein dreieckiger Wall von 4 Mm. im Durchmesser und entsprechend der äusseren Wurzel, bloss ein ganz leichter weisser Streifen.

LUNIN.

21) **Ziem** (Danzig). **Ueber Rosenschnupfen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1885.*

Wie die Grasblüthe das Heufieber erzeugt, so kann auch der Duft der Rosen irritirend auf die Nasenschleimhaut einwirken. Dies beobachtete Verf. bei einem Gärtnergehülfen, der regelmässig vom Juni bis zum Spätherbst von Anschwellungen der Gesichtshaut, Oedem der Augenlider und reichlicher Secretion der Nase befallen wurde. Cauterisation der geschwellten Muscheln half nicht, dagegen mehrwöchentlicher Aufenthalt auf dem Lande. SCHECH.

22) **W. Hack** (Freiburg). **Ueber chirurgische Behandlung asthmatischer Zustände.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 21. S. 352 und No. 22. S. 353. 1885.*

Des Verf.'s Vortrag auf dem Congress für innere Medicin, über welchen das Centralblatt in dieser Nummer ein Autoreferat bringt. B. FRAENKEL.

23) **Routier** (Paris). **Hypertrophie der Schleimhaut der unteren Nasenmuschel. Ihr Wesen und ihre Behandlung. (Hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur des fosses nasales. Sa nature et son traitement.)** *Progrès méd. No. 20 et 21. 16. et 23. Mai 1885.*

R. unterscheidet eine Hypertrophie des vorderen Endes und eine des hinteren Endes der unteren Nasenmuschel. Letztere diagnosticirte er nur durch die Digitaluntersuchung. Die Rhinoscopia posterior wird gar nicht erwähnt. R. bespricht flüchtig Symptome, Differentialdiagnostik, Aetiologie und verweilt zum Schlusse etwas länger bei der Behandlung. Von der chemischen Cauterisation und von der Galvanocaustik hält er nicht viel. Sie seien zu schmerzhaft und häufig ungenügend. Er zieht die gänzliche Abtragung des hypertrophirten Gewebes vor, diese führt er am liebsten, wie in dem Fall, den er beschreibt, mit der gekrümmten Scheere aus. Die heftige Blutung stillte er durch Tamponnade. Er erwähnt auch die kalte und die galvanocaustische Schlinge. Von letzterer meint er, dass sie nur in der Chloroformnarcose benutzt werden könne und dass sie zu viel Zeit in Anspruch nehme. Von der Localanästhesie spricht R. gar nicht, wie er sich überhaupt in der einschlägigen Literatur wenig bewandert zeigt. E. J. MOURE.

24) **John N. Mackenzie. Exstirpation der unteren Nasenmuschel der verengten Seite als Ersatz für die Operation der Deviation des Septum narium in gewissen Fällen. (On removal of the inferior turbinated body on the obstructed side as a substitute for operation on the deflected nasal septum in certain cases.)** *New England Med. Monthly. 15. März 1885.*

Es kommen zuweilen Fälle von tiefsitzender Deviation des knöchernen Septum vor, wo der Pat. sich keiner Operation unterziehen will, oder wo der Arzt wegen der besonderen Natur der Deviation. Bedenken trägt, zu operiren. In solchen Fällen, glaubt M., kann man viel Gutes stiften mit der oben bezeichneten

Methode, ohne deren Bedeutung für die Behandlung des verkrümmten Septum zu überschätzen. Der Erfolg, welchen er in den beiden, in dem Artikel berichteten Fällen mit dieser Operation erzielte, berechtigt zu dem Glauben, dass sie ohne Frage von Werth ist für die Behandlung gewisser, bis dahin sich selbst überlassener Zustände der tieferen Partien des knöchernen Septum. LEFFERTS.

25) **Cresswell Baber** (Brighton). **Hypertrophie der Nasenmuscheln. (Hypertrophy of the turbinated bodies.)** *Brit. Med. Journal. 21. März 1885.*

Eine 49jährige Dame litt nach Entfernung von Nasenpolypen an Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Muscheln. Die linke Choane war obstruirt, hintere Rhinoscopie war unmöglich, kein Tumor konnte gefühlt und die afficirten Theile nicht von vorn aus der Schlinge zugänglich gemacht werden. Schliesslich wurden Theile der hypertrophischen Schleimhaut vom Nasenrachenraum mittelst einer geraden Zange unter Leitung des Zeigefingers entfernt, und die zurückbleibende Portion mit dem Galvanocauter touchirt. Cocain contrahirte die Gefässe und verminderte den Schmerz.

Die Discussion, die der Mittheilung dieses Falles in der Brighton and Sussex Medico-Chirurgical Society folgte, förderte nichts Besonderes zu Tage. Auf eine bezügliche Anfrage erwiderte B., dass seiner Ansicht nach die kalte Schlinge, der Galvanocauter und der Alcoholspray die beste Behandlung bei Nasenpolypen bildeten. SEMON.

26) **J. Leonard Corning** (New-York). **Künstliche Epistaxis. (Artificial Epistaxis.)** *New-York Medical Journal. Vol. XLI. No. 24. 13. Juni. p. 678. 1885.*

Der zu dem bezeichneten Zweck ersonnene Apparat besteht aus zwei kleinen schneidenden Schaalen, welche an die gegenüberliegenden Seiten des vorderen Theiles des Nasenseptum applicirt werden. Der Zweck desselben ist der, die intracranielle Circulation zu beeinflussen, indem man eine Blutentziehung an den Endzweigen der Art. ethmoid. anter. vornimmt, welche durch die Ophthalmica mit der Carotis intern. in Verbindung steht. Zuerst werden die geeigneten Stellen leicht scarificirt, dann werden die Schaalen applicirt, welche durch biegsame Röhren mit der Aufnahmeflasche in Verbindung stehen. Diese Flasche ist wiederum mit einem anderen Gefäss verbunden, welches mit den üblichen Beigaben zur Erzeugung und Erhaltung eines Vacuum versehen ist. LEFFERTS.

27) **Weichselbaum** (Wien). **Zur Aetiologie der Rotzkrankheit des Menschen.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 21, 22, 23, 24. 1885.*

Als Ursache des wohl jetzt allgemein als contagiös angenommenen Rotzes fanden Löffler und Schütz in den Rotzknoten der Pferde Bacillen, deren Reinculturen bei Kaninchen, Meerschweinchen und Pferden wieder Rotz erzeugten.

Bonchard und Capitan fanden beim Rotz des Menschen coccenähnliche Gebilde und erzeugten durch ihre wohl nicht reinen Culturen ebenfalls bei Thieren Rotz. Israel erhielt dieselben Bacillen, wie Löffler und Schütz.

W. fand in dem Eiter einer Pustel und dem Nasensecrete einer an Malleus acutus leidenden Frau dieselben Bacillen, wie Löffler und Schütz; auch im Blute und Harne fanden sie sich vor. Diese Frau starb bald, nachdem W. aus

Hautpusteln und erweichten Knoten Eiter auf Kartoffeln und Fleischwasser — Peptongelatine übertragen hatte. Die Section zeigte ausser Hautpusteln und subcutanen Knoten eitrige Infiltration einer Stelle des Seitenwandbeines und bedeutende Veränderungen in der Nasenhöhle: hochgradige Schwellung der Schleimhaut der Muscheln und des Septum, zahlreiche, im eitrigen Zerfalle begriffene oder noch frischere Knötchen ebendaselbst. In den Kiefer- und Stirnhöhlen war die Schleimhaut ebenso verändert; ausserdem fand sich noch in diesen Höhlen klumpiger Eiter. Auf der Schleimhaut des Zungengrundes, Pharynx und weichen Gaumens sassen einzelne, bohnengrosse, im Centrum erweichte Knoten. An der Epiglottis befand sich ein seichtes Geschwür. Die Culturen zeigten bei Zimmertemperatur ein kaum wahrnehmbares Wachsthum, dagegen bei 37 und 38° C. ein sehr rasches, und zwar in mehreren Reihen von Generationen auf den verschiedensten Nährsubstraten.

Die Bacillen zeigten in allen Generationen die gleichen Eigenthümlichkeiten; sie sehen den Tuberkelbacillen ähnlich, sind aber häufig etwas breiter und besitzen grössere Sporen; ausserdem ist ihre Tinctionsfähigkeit und das Verhalten der Culturen ein wesentlich anderes. Es sind also die Rotzbacillen wohl charakterisirt gegen alle anderen.

Endlich erzeugten sie in allen Generationen beim Kaninchen, Meerschweinchen und Schafe deutlich ausgesprochene Rotzerkrankung, wenn auch nur in 3 Fällen Rotz in der Nase auftrat; W. bemerkt dazu, dass auch beim Pferderotz nicht immer die Nase erkrankt.

In Bezug auf Details muss Ref. auf das Original verweisen. CHIARI.

28) **Alfred Kebbell** (Flaxton). **Benzoëtinctur bei Influenza und Catarrh. (Tincture of benzoine in influenza and catarrh.)** *Brit. Med. Journal. 28. Februar 1885.*

Der Autor empfiehlt, beim Beginn der genannten Leiden einfach eine Benzoëtinctur enthaltende Flasche vor ein Nasenloch zu halten, das andere mit dem Finger zu verschliessen und tief zu inspiriren. Seiner Erfahrung nach führt dies nicht nur zur sofortigen Erleichterung der belästigenden Symptome, sondern coupirt fast ausnahmslos das Leiden selbst. — K.'s Angaben werden von Dr. Brydon in einer Zuschrift an den Redacteur des Brit. Med. Journal (28. März 1885) nach an sich selbst gewonnenen Erfahrungen bestätigt. SEMON.

29) **Vignes** (Guillon). **Schädelfractur. Traumatische Encephalitis. Hirnabscess. Spontane Eröffnung durch die Nase. Heilung. (Fracture du crâne. Encephalite traumatique. Abcès du cerveau. Ouverture spontanée par le nez. Guérison.)** *Journal de méd. de Paris. No. 15. 12. April 1885.*

Der Titel giebt die Krankengeschichte. E. J. MOURE.

30) **Frank Ogston** (Aberdeen). **Ein Fall acuter Meningitis. (A case of acute meningitis.)** *Brit. Med. Journal. 16. Mai 1885.*

31) **J. Mc. Naught** (Newchurch). **Acute Meningitis in Bezug auf Krankheiten der Nasenschleimhaut. (Acute meningitis in relation to disease of the nasal mucous membrane.)** *Brit. Med. Journal. 23. Mai 1885.*

Ogston berichtet folgenden Fall: Ein neunjähriges Mädchen, das schon

seit mehreren Tagen wegen allgemeinen Uebelbefindens nicht zur Schule gegangen war, klagte eines Morgens über heftige Kopfschmerzen und Brechneigung. Nachmittags fühlte sie sich besser, am folgenden Tage wohl. Am dritten Tage wiederum Kopf- und Augenschmerzen, Appetitlosigkeit, um 3 Uhr Nachmittags Athembeschwerden, um 5. 30 Tod. Ein Arzt wurde nicht consultirt. Aus dem Obductionsbefund ist hervorzuheben, dass beim Anschneiden der Arachnoidea eine gelatinöse, halbflüssige Substanz, welche den Subarachnoidealraum erfüllte, abtropfte. Die Dura mater zeigte an der Stelle, wo sie die rechte Orbita überzog, eine verdickte, rauhe Beschaffenheit, und hing hier mit der Arachnoidea zusammen; ein ähnlicher Befund ergab sich an den dem Mittelohr entsprechenden Stellen. Die Lamina papyracea der rechten Orbita war canarienvogelgelb verfärbt, der Knochen congestionirt und rauh. Beim Durchschneiden der erkrankten Parthie zeigte es sich, dass die Nasenhöhle mit dickem, rahmigem Eiter erfüllt war, welcher in die Schädelhöhle emporquoll. In den beiden mittleren Ohrabschnitten befand sich schmutzig-röthliche Flüssigkeit. Luftwege normal, einige alte pleuritische Adhäsionen, Leber und Nieren leicht amyloid, Milz stark vergrössert und sehr weich, sonst nichts Bemerkenswerthes. Das Interesse des Falles liegt, nach O., in dem ätiologischen Moment: „Die excitirende Ursache der acuten Meningitis", sagt er, „war offenbar eine, wahrscheinlich chronische, Entzündung der Nasenschleimhaut, welche sich durch die Lamina papyracea des Siebbeins und die Dura mater zur Arachnoidea verbreitet und diese in Mitleidenschaft gezogen hatte, wonach die Entzündung durch den Subarachnoidealraum weitergeschritten war." Bemerkenswerth — und nach der Meinung des Referenten dies ätiologische Moment etwas in Frage stellend — ist die schliessliche Mittheilung Ogston's, dass ein anderes Kind derselben Familie wenige Tage später an einer Krankheit starb, die der zugezogene Arzt sofort als „Meningitis" diagnosticirte, und dass der Vater ebenfalls unter meningealen Erscheinungen erkrankte.

Die kurze Mittheilung Mc. Naught's in der folgenden Nummer des B. M. J. ist durch O.'s Bericht angeregt. Mc. Naught erwähnt zweier von ihm beobachteter Fälle, in denen acute Meningitis augenscheinlich ihren Ursprung von Erkrankung der Sinus frontales nahm. Obductionsbefund fehlt leider.

In der Nummer des Brit. Med. Journal vom 27. Juni 1885 wirft ein Anonymus in einem Briefe an den Redacteur unter demselben Titel Zweifel auf, ob in Ogston's und Mc. Naught's Fällen die Meningitis von der Nase ausging.

SEMON.

32) **Percy Warner (Rydal). Acute Meningitis im Zusammenhang mit intranasalem Leiden. (Acute meningitis in connection with intranasal disease.)** *13. Juni 1885.*

Ein 33jähr. Gärtner erkrankt eines Abends mit heftigem Stirnkopfschmerz, der sich bald über den ganzen Kopf ausbreitet. In der Nacht Schlaflosigkeit, zweimaliges Erbrechen. Am nächsten Morgen Intensität des Schmerzes noch verstärkt, grosse Ruhelosigkeit, Temperatur 39,5, Puls 80, gegen Abend Coma, das immer tiefer wird, Convulsionen. Tod am folgenden Morgen um 11 Uhr. Anamnestisch nur zu ermitteln, dass er in seiner Jugend einen schweren, von mehr-

stündiger Bewusstlosigkeit gefolgten Fall gethan und seitdem öfters an heftigen Kopfschmerzen gelitten hatte. Auch war er auf dem rechten Ohre taub. Kein Ausfluss aus demselben. Obductionsbefund: Acute Meningitis über beiden Hemisphären; beträchtliche Quantität eitriger Flüssigkeit in den Seitenventrikeln, deren Auskleidung rauh und uneben ist. Die Dura mater der Basis normal, ausser über den Laminae orbitales des Os frontis, wo sie verdickt ist und sich leicht vom Knochen abziehen lässt. Die Lamina cribriformis des Os ethmoideum mit Lymphe bedeckt. Beim Durchschneiden des Knochens zeigt sich, dass die Sinus frontales mit schleimig-eitriger Flüssigkeit gefüllt sind. Die Schleimhaut der Infundibula, Nasenhöhlen und Siebbeinzellen gelockert, geschwollen und mit halbflüssiger, sehr übelriechender Lymphe bedeckt. Kein Knochenleiden. Die andern Organe nicht untersucht. — Später stellte sich heraus, dass der Athem des Patienten in den letzten Tagen übel gerochen hatte, doch war keine excessive Secretion von der Nase aus vorhanden gewesen.

Der interessante Fall ist von W. veröffentlicht, um die Spencer Watson-sche schon früher und auch neuerdings (Brit. Med. Journ., 30. Mai, 1885) wieder aufgestellte Behauptung zu illustriren, dass Nasenleiden leicht übersehen werden können.

SEMON.

33) **Krakauer** (Berlin). **Nasenschleimpolyp bei einem 4½ Wochen alten Knaben.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 23. S. 398. 1885.*

Demonstration im Verein für innere Medicin am 18. Mai 1885.

B. FRAENKEL.

34) **B. Colaco** (Badoel, Brit. Indien). **Entfernung von Nasenpolypen durch Aufschnupfen von Acidum tannicum. (Nasal polypi removed by tannic acid snuff.)** *Indian Med. Gazette. Januar 1885.*

Nach fünftägigem Gebrauch eines Tanninschnupfpulvers wurden drei mittelst Palpation im Nasenrachenraume eines 60jährigen Indiers entdeckte gelatinöse Tumoren ausgeniest. — Ein grösserer war vorher mittelst einer gekrümmten Scheere entfernt worden.

SEMON.

c. Mundrachenhöhle.

35) **R. Coën** (Wien). **Ueber die Geistesfähigkeiten Sprachleidender.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 25. 1885.*

C. wendet sich mit Nachdruck gegen die meist unter den Laien verbreitete Ansicht, dass mit Sprachleiden behaftete Individuen oft geringere Entwicklung ihrer Geisteskräfte zeigen. Er führt dafür die Angabe Colombat de l'Isère's an, welcher bei 115 Stotterern, die er heilte, niemals mangelnde Intelligenz bemerkte. Coën constatirte unter 200 Fällen von Sprachanomalien (Stottern, Stammeln, Lispeln, Alalie und Schnarren) niemals beeinträchtigte Intelligenz. Endlich führt er durch Intelligenz berühmte Männer an, welche an Stottern litten.

Nur bei hochgradigem Stammeln scheint die Intelligenz etwas herabgesetzt.

CHIARI.

36) **Ch. Liégois** (Bainville-aux-Saules). **Die sonderbare Geschichte eines unstillbaren Singultus, geheilt nach Extraction von neun Nadeln, die bei einem 21jähr. Mädchen im Bindegewebe rechts vom Epigastrium gesteckt hatten. (La curieuse histoire d'un hoquet incoërcible guéri après l'extraction de neuf aiguilles situées dans le tissu cellulaire à droite du creux épigastrique chez une fille de 21 ans.)** *Revue méd. de l'Est. No. 1. 1. Januar 1885.*

Der Singultus war plötzlich nach einer psychischen Aufregung aufgetreten und bestand Tag und Nacht ohne Unterbrechung durch 24 Tage fort. Die genossene Milch und Suppe wurde nicht erbrochen. Bromkali, Bromnatron, Aethertropfen nutzten nichts. L., am 24. Tage gerufen, verordnete starke Dosen von Chloralhydrat im Verein mit Hyoscyamin. Es folgte nun Schlaf, während dessen der Singultus aufhörte, um aber beim Erwachen wiederzukehren. Nach einigen Tagen schwindet er für längere Zeit und kehrt dann nur bei Aufregungen oder beim Verschlucken von Speise und Trank wieder. — Nach einigen Monaten bildete sich rechts vom Epigastrium ein Abscess, und es kam eine 3 Ctm. lange Nadel ohne Oehr zum Vorschein. — L. gelang es, hierauf noch acht weitere Nadeln, kleiner, auch ohne Oehr, herauszubefördern. Von da hörte der Singultus ganz auf. Die Kranke gab an, nicht zu wissen, wie die Nadeln in ihren Körper gekommen seien. E. J. MOURE.

37) **Grognot** (Milly). **Behandlung des Singultus durch Compression des Phrenicus und des Vagus. (Traitement du hoquet par la compression des nerfs phrénique et pneumogastrique.)** *Bullet. gén. de thérapeut. No. 6. 30. März 1885.*

G. empfiehlt in den Fällen von gutartigem idiopathischem Singultus die Digitalcompression des Phrenicus und des Vagus beider Seiten während 1—2 Minuten. Dieses Mittel ist ihm fast immer nützlich gewesen. In 5 Fällen von symptomatischem Singultus bei schwerer Allgemeinerkrankung half es aber nichts.

E. J. MOURE.

38) **Pagenstecher. Ein Fall von hartnäckigem Singultus, geheilt durch Jaborandi. (Un cas de hoquet rebelle guéri par le Jaborandi.)** *Bullet. génér. de thérapeut. 30. Januar 1885.*

Bei einem jungen Manne von 26 Jahren war plötzlich ohne nachweisbare Ursache heftiger Singultus aufgetreten, der durch keines der angewendeten Medicamente (Bromkali, Chloroformwasser, Aetherpillen, Castoreum, Zinkoxyd, Morphininjectionen, Douchen, Bäder, Electricität etc.) beseitigt werden konnte. Endlich bewirkte ein Decoct von 4 Gramm Jaborandiblättern, dass der Singultus aufhörte und einen Monat später noch nicht wiedergekehrt ist. E. J. MOURE.

39) **H. Fischer. Ueber das Vorkommen von Sarcine in Mund und Lungen.** *Deutsch. Archiv für klin. Med. Bd. XXXVI S. 344. 19. Febr. 1885.*

Die Sarcine kommt relativ häufig vor im Mundschleim, im Secrete des Rachens und der Bronchien. Sehr häufig sieht man sie bei Krankheiten der Lunge von der einfachen Bronchitis bis zur Gangrän, namentlich aber im Gefolge der Phthisis. Im Munde kommt reichliche Sarcineentwicklung nur bei marantischen Individuen vor, spärliche sehr oft, und nicht nur bei Schwerkranken, son-

dern auch bei Leichtkranken (Stomatitis), ja sogar gesunden Menschen. Die Einwanderung des Sarcinepilzes nach den Lungen geschieht vom Mund aus, resp. durch Einathmung des Pilzes oder dessen Sporen. SCHECH.

40) **Ed. Tordeus** (Brüssel). **Primärer Soor im Halse eines 6 Monate alten Kindes. (Muguet primitif de la gorge chez un enfant de six mois.)** *Journ. de méd. de chir. et de Pharmacol. Mars 1885.*

Tordeus hat schon früher (vid. Centralblatt I., No. 4, 19) einen Fall von primärem Soor im Halse, aber im Verlauf von Typhus, mitgetheilt. Seine diesmalige Mittheilung bezieht sich auf ein 6 Monate altes Kind, welches seit 2 Monaten mit der Flasche ernährt wurde. Bei demselben zeigen sich am stark hyperämischen Gaumensegel mehrere linsengrosse Plaques von weisser Farbe, der darunter liegenden Schleimhaut leicht anhaftend; andere weisse, mehr adhärente Stellen finden sich über die Gaumenbögen zerstreut. „Die Zungenbasis ist von einem weissen Belag überzogen, das Gaumengewölbe vollkommen frei; ebenso die Wangen, die Lippen und die Zungenspitze“. Microscopisch wird das Oidium albicans nachgewiesen.

Mit dieser Beobachtung will Tordeus beweisen, dass das Oidium alb. sich im Gaumensegel entwickeln könne, ohne dass die Mundschleimhaut am gleichen Krankheitsprocesse Theil nehme; ferner, dass man die microscopische Untersuchung niemals unterlassen dürfe bei weissen Belägen im Halse von trügerischem Aussehen, um keinen diagnostischen Irrthum zu begehen. Gegen das Letztere ist ja gewiss nichts einzuwenden; ist es aber nicht wahrscheinlich, dass auch im gegebenen Falle der Soor sich zuerst auf der Zunge entwickelt hat, zumal die Zungenbasis noch von einem weissen Belag überzogen war? Da nun aber die Zungenbasis bei geschlossenem Munde dem Gaumensegel anliegt, so wird wohl über den Ausgangspunkt des Soors kein Zweifel entstehen. Liegt aber nicht der grösste Theil der Zunge in der Mundhöhle? BAYER.

41) **Brissaud** (Paris). **Infectiöse Stomatitis und Endocarditis. (Stomatite et endocardite infectieuses.)** *Journal des connaissances méd. No. 20 u. 21. 14. u. 21. Mai 1885.*

Eine 55jährige Frau verfällt nach einer oberflächlichen und leichten gangränösen Stomatitis plötzlich in einen schwer cachectischen Zustand. Bei vollständiger Fieberlosigkeit tritt eine Bronchopneumonie und Endocarditis auf, der die Kranke nach 9 Tagen, am 20. Tage vom Beginn der Stomatitis an gerechnet, erliegt. Bei der Obduction constatirte man einen grossen bronchopneumonischen Herd und eine ausgesprochene papilläre Endocarditis. E. J. MOURE.

42) **Galippe** (Paris). **Gangränöse Stomatitis; Septicaemia buccalis. (Stomatite gangreneuse; septicémie buccale.)** *Journal des connaissances méd. No. 21. 21. Mai 1885.*

In Bezug auf obigen, von Brissaud beobachteten Fall meint G., dass der gangränösen Stomatitis wahrscheinlich eine alveoläre Osteoperiostitis zu Grunde gelegen wäre, die sich ja häufig genug mit gangränösen Ulcerationen der Mund-

schleimhaut combinire und manchmal Anlass zu allgemeiner Septicämie gebe, namentlich wenn die entsprechende Behandlung fehle. Letztere bestehe im Wesentlichen darin, die sauer reagirende Mundflüssigkeit alkalisch zu machen, da sich die pathogenen Microorganismen des Mundes in alkalischer Flüssigkeit sehr schlecht entwickeln. Die gewöhnlich angewendeten Pastillen aus doppelt kohlensaurem Natron erfüllen diesen Zweck nicht, wegen ihres Gehaltes an Zucker und Stärkemehl, die im Munde Milchsäure bilden. Am vortheilhaftesten seien Mundwaschungen mit alkalischer Carbolsäurelösung. — Es werden zum Schlusse zwei unter dieser Behandlung günstig verlaufene schwere Fälle von alveolärer Osteoperiostitis angeführt.

E. J. MOURE.

43) A. Sourrouille. **Multiple Ulcerationen der Mundhöhle und des Verdauungstractes durch Morphium in hoher Dosis. (Ulcérations multiples de la cavité buccale et du tube digestif par la morphine en haute dose.)** *Gaz. des hôpit. No. 68. 13. Juni 1885.*

Bei einem Falle von Uteruscarcinom, bei welchem Morphium in Pillenform in steigender Dosis verabreicht wurde, traten Ulcerationen im Munde, Rachen und wahrscheinlich auch im Oesophagus auf, die von selbst zurückgingen, sobald das Morphium ausgesetzt wurde und bei neuerlicher Anwendung desselben wiederkehrten.

E. J. MOURE.

44) Güterbock. **Ueber Hemiglossitis.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 22. Heft 3 u. 4. 1885.*

Die Affection befällt gern die linke Zungenhälfte: in der Regel ist die Schwellung und Entzündung bedingt durch Herpeseruptionen, an die sich jedoch auch parenchymatöse Entzündungen, Ulcerationen und Abscedirungen anschliessen können. Verf. theilt zwei eigene Beobachtungen mit und kommt zu dem Schlusse, dass sich die Ausbreitung des krankhaften Processes genau nach den Verzweigungen des N. trigeminus richtet, dass zuweilen die Chorda tympani mitbefallen wird, dass hingegen eine Mitbetheiligung des Glossopharyngeus, Hypoglossus und der vasomotorischen Nerven bis jetzt nicht erwiesen ist. Meist findet sich ausser an der Zunge, Gaumen, Zahnfleisch, Wange an der Haut des Gesichts, der Stirn Herpes vor. Als Ursachen werden angeführt Reize, welche die Zunge treffen, schlechte Zähne, Tragen eines Gebisses, Alcoholgenuss, Faciallähmung; Männer erkranken häufiger; die Beschwerden bestehen ausser in Schmerzen und Salivation in hochgradiger Schwellung der Zunge, consecutiver Lymphadenitis, parenchymatöser Schwellung des Mundbodens; Dauer 7—14 Tage, Prognose günstig

SCHECH.

45) P. Berger. **Ueber die Unzulänglichkeit der Betrachtung der physikalischen Charaktere bei der Diagnose gewisser ulcerirter Zungengeschwülste. (De l'insuffisance de la considération des caractères physiques pour le diagnostic de certaines tumeurs ulcérées de la longue.)** *France méd. No. 62. 30. Mai 1885.*

Verf. berichtet über 2 Fälle, in denen alle physikalischen Symptome für Zungenepitheliom sprachen, in denen es sich aber nur um ein callöses Geschwür handelte, das heilte, als in dem einen Fall ein vorstehender Zahn, in dem anderen

ein cariöser Zahnrest entfernt worden waren. Bevor man bei Zungenulcerationen eine sichere Diagnose stellen wolle, mögen vorher alle im Bereiche der ulcerirten Stelle befindlichen vorspringenden, scharfkantigen Zähne entfernt werden. Die Diagnose von Ulcerationen und Tumoren der Zunge sei überhaupt nur „ex juvantibus" zu machen. E. J. MOURE.

46) **J. Mount Bleyer** (New-York). **Modification des Türck'schen Zungenspatels mit Hinzufügung einer electrischen Beleuchtung. (Modification of Türck's tongue-depressor with electric light attachment.)** *The Medical Record. Vol. 27. No 25. p. 699. 20. Juni 1885.*

Der Strom wird durch eine transportable Aufspeicherungsbatterie erzeugt, geht durch die Drähte, welche in dem Handgriff verborgen sind und entzündet eine Glühlampe, welche an der oberen Seite des Spatels befestigt ist. LEFFERTS.

47) **Banham** (Sheffield). **Urticaria und Dysphagie. (Urticaria und Dysphagie.)** *Brit. Med. Journal. 17. Januar 1885.*

Vor der Sheffield Med.-Chir. Society am 18. December 1884 berichtet. Eine 22jährige, nicht hysterische Frau litt zwei Jahre hindurch an fast täglich wiederkehrenden Anfällen von Urticaria, begleitet von heftigen Schlingbeschwerden. Diät, Wismuth, Nux vomica, Purgantia bewirkten in kürzester Zeit Heilung. B. war der Ansicht, dass die Dysphagie durch eine der Hautaffection analoge Schleimhautaffection producirt worden sei. Belege für diese Ansicht und Details fehlen. SEMON.

48) **W. Line** (Salford). **Scarlatinöse Angina. (Scarlatinal sore-throat.)** *Brit. Med. Journal. 7 März 1885.*

L. hielt am 12. Februar 1885 einen Vortrag über die Halserscheinungen beim Scharlachfieber vor der Birmingham and Midland Counties Branch der Brit. Med. Assoc., in welchem er auseinandersetzte, dass in fast allen Fällen eine directe Beziehung zwischen dem Exanthem und den Symptomen seitens des Gaumens und Pharynx bestände, welche von prognostischer Bedeutung sei. In Fällen schwerer Angina beim Scharlachfieber leiste die locale Behandlung mittelst frühzeitiger und häufiger medicamentöser Nasendouchen das Meiste. Der Vortr. empfahl zu diesem Zwecke besonders Lösungen von salicylsaurem Natron, Salz, Boroglycerin und Kalkwasser. Die in der 3.—4. Woche des Scharlachfiebers bei milden Fällen oft auftretende, sehr schmerzhafte Tonsillitis hält L. für pyämisch, nicht für rheumatisch. Bei Scarlatina maligna und bei Cellulitis des Halses seien die Resultate localer Behandlung nicht ermuthigend. SEMON.

49) **A. Jacobson** (Petersburg). **Algosis faucium leptothricia.** *Wratsch. No. 27—29. 1885.*

Diesen Namen proponirt Verf. für eine Krankheit, die jüngst von Fränkel unter dem Namen Mycosis tonsillaris benigna beschrieben wurde, weil der Leptothrixpilz, die Ursache dieser Krankheit, zu den Algen gehört und ferner weil diese Krankheit sich ausser den Tonsillen auch auf die anderen Rachengebilde ausdehnen kann. J. vermag die nicht grosse Zahl solcher Beobachtungen (er hat

nur 20 Fälle in der Literatur gefunden) durch 3 eigene Beobachtungen zu bereichern.

1. Ein 16jähriges gesundes Mädchen hatte bei sich zufällig weisse Flecke auf den Tonsillen bemerkt und wandte sich deshalb an den Verf. Bei der Untersuchung fand Verf. auf den sonst normalen Tonsillen eine Anzahl kleiner weisser Beläge von der Grösse eines Stecknadelkopfes. Die Beläge bestanden aus einer käsigen Masse, einige von ihnen ragten etwas über die Oberfläche der Schleimhaut hinaus und waren ganz gleichmässig über beide Tonsillen zerstreut. Auf der hinteren Rachenwand in der Nähe des linken Arcus palatopharyngeus sass ebenfalls solch ein Belag. Es fehlten jegliche Beschwerden. Die Diagnose lautete auf Mycosis pharyngis und wurde durchs Microscop bestätigt. Nach vergeblicher Anwendung der gewöhnlichen Gurgelungen führte endlich das Sublimat (1 : 2000) als Gurgelwasser zum Ziele.

2. Ein Knabe von 14 Jahren consultirte den Verf., weil er weisse Flecke auf den Mandeln hatte. Er bemerkte dieselben vor 2 Monaten, als er an einer acuten Angina litt; die Entzündung schwand bald, die Flecke aber blieben bestehen. Beide Tonsillen erwiesen sich gleichmässig besäet von überstecknadelkopfgrossen weissen Belägen, die etwas über die Schleimhaut hervorragten. Auch hier ergab die microscopische Untersuchung den characteristischen Pilz. Gurgelungen mit Sublimat verminderten bedeutend die Zahl der Beläge, jedoch entzog sich Pat. der Beobachtung vor seiner definitiven Heilung.

3. Eine 17 Jahre alte Dienstmagd litt seit 4 Tagen an einer acuten Tonsillitis und Pharyngitis. Auf der rechten Mandel sass ein hirsekorngrosser weisser Pfropf in einer Vertiefung der Mandel und konnte leicht auf mechanischem Wege entfernt werden. Derselbe bestand aus Leptothrixpilzen und einer ganzen Anzahl kleiner Kalkpartikelchen. Die linke Mandel war frei, aber auf der hinteren Rachenwand sassen 3 kleine weisse Beläge, von derselben Beschaffenheit wie auf der rechten Mandel. Die Behandlung wurde anfangs gegen die acute Tonsillitis eingeleitet, doch stellte die Kranke sich nicht wieder ein.

Für gewöhnlich localisirt sich diese Krankheit auf den Rachen, mitunter geht sie auch auf die Trachea über. Die weissen Massen, die aus Pilzcolonien bestehen, sitzen meist in den Vertiefungen der Schleimhaut resp. den Crypten der Tonsillen und den Drüsenausführungsgängen. Irgend welche Beschwerden ruft die Krankheit nicht hervor; treten solche auf, so sind sie nach der Meinung der Verf. durch Complicationen bedingt, denn 1. wurden in den meisten Fällen gar keine Reactionserscheinungen beobachtet, 2. sind solche da, so schwinden sie bald, während die weissen Flecke persistiren, 3. ist es nicht bewiesen, dass die Entzündungserscheinungen zu gleicher Zeit mit den weissen Flecken auftreten, 4. die localen, objectiven und subjectiven Erscheinungen sind nicht constant und variiren sehr bei den verschiedenen Kranken, 5. in Fällen, wo beide Tonsillen gleich stark entzündet sind, kann die Pilzwucherung sich blos auf eine beschränken. Diese Krankheit kann am leichtesten mit der Angina follicularis verwechselt werden. Durch die microscopische Untersuchung wird die Diagnose sofort entschieden.

Ferner beschreibt Verf. die microscopischen Bilder dieser Pilzcolonien und

die Ergebnisse der Culturen, die er mit denselben angestellt hat. Hinsichtlich letzterer müssen wir auf's Original verweisen. LUNIN.

50) **Cadier** (Paris). **Pharyngitis scrophulosa. Bildung einer Scheidewand mit gänzlicher Verschliessung des Orificium nasopharyngeum durch narbige Stränge. (Pharyngite scrofuleuse. Cloisonnement et oblitération absolue de l'orifice naso-pharyngien par des brides cicatricielles.)** *Annal. des malad. de l'or., du lar. etc. No. 1. März 1885.*

Der Fall betraf ein 20jähriges Mädchen, das im Alter von 4 Jahren mehrere Monate hindurch an einer Halsentzündung gelitten hatte und von der Zeit ab nie mehr durch die Nase athmen konnte. Die Stimme ist nicht näselnd und die Kranke hat keine Schlingbeschwerden.

Bei der Untersuchung des Rachens fällt vorerst auf, dass der ganze weiche Gaumen fehlt. An dessen Stelle nimmt man ein Narbengewebe wahr, das eine spitzbogenförmige Vertiefung zeigt und an die hintere Pharynxwand angelöthet ist. Diese ist mit weissen narbigen Stellen versehen und hat in ihrem mittleren und oberen Theile eine vertical ziehende, stark vorspringende Naht mit weissen Rändern. Von dieser gewulsteten Stelle lässt sich durch Berührung Brechreiz auslösen, während die übrige Pharynxwand herabgesetzte Empfindlichkeit aufweist. — Die Sonde lässt keine Lücke in den eine Scheidewand bildenden Narbensträngen erkennen. Von der Nase aus ist eine Untersuchung wegen Schwellung der Nasenmuscheln nicht möglich.

C. nimmt an, dass es sich um eine in der Jugend abgelaufene scrophulöse Pharyngitis handle. Die oben erwähnte gewulstete Stelle an der hinteren Pharynxwand entspräche dem Reste der Uvula. Nur bei scrophulösen Processen komme eine derartige Wucherung des Gewebes vor, die zur Anlöthung der Uvula an die hintere Pharynwand führen könne. Syphilitische und tuberculöse Geschwüre haben viel mehr zerstörende Tendenz. Gegen Syphilis spräche in diesem Falle auch das Fehlen von Narben an den Tonsillen und im Larynx.

Dem Ref. erscheint die Beweisführung gegen den syphilitischen Ursprung der beschriebenen Veränderungen nicht stichhaltig genug, da bekanntlich gerade die Syphilis zu narbigen membranartigen Verlöthungen im Pharynx, Larynx und Trachea führt. E. J. MOURE.

51) **R. E. Carrington** und **W. Hale White** (London). **Zwei Fälle von phlegmonöser Pharyngitis. (Two cases of phlegmonous pharyngitis.)** *British Medical Journal. 28. Februar 1885.*

Vortrag vor der Clinical Society of London am 13. Februar 1885.

Die Autoren waren der Ansicht, dass Fälle der folgenden Art bisher völlig unbekannt seien, und dass die wegen der intensiven Dyspnoë vorgenommene Tracheotomie völlig nutzlos sei, da die Patienten in Folge der allgemeinen, nicht der localen, Affection zu Grunde gingen. — Im ersten Falle handelte es sich um einen 46jährigen Mann, der mit laryngealem Athemgeräusch, aber ohne ausgesprochene Dyspnoë, nach siebentägigem, remittirendem Unwohlsein in das Guy's Hospital aufgenommen wurde. Er wurde zu Bette gebracht, ein Croup-

zelt über seinem Lager errichtet, ein Dampfspray in das Zelt geleitet und sorgfältige Ueberwachung angeordnet. Nach wenigen Stunden starb er plötzlich, bevor der dienstthuende Arzt gerufen werden konnte. Bei der Autopsie zeigten sich alle Weichgebilde des Rachens ödematös; an der rechten Seite war das Oedem von der Mandel bis zur Epiglottis inclusive abwärts purulent, und es fanden sich wohlmarkirte Eiterherde. Links war die Infiltration rein serös. Die Weite der Stimmritze wich nur sehr wenig von der gewöhnlichen cadaverösen Position ab. Ausser subpleuralen Ecchymosen erwiesen sich alle andern Organe als gesund. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen 49jährigen Arzt, der an mässiger Dyspnoë litt, aber selbst tracheotomirt zu werden wünschte. Während der Vorbereitungen zur Operation trat plötzlich Glottiskrampf ein und die Tracheotomie musste in grösster Eile vorgenommen werden. Nach Einleitung künstlicher Athmung erholte sich der Pat. etwas; dann traten epileptiforme Convulsionen ein, und die Respiration cessirte abermals. Neue Belebungsversuche hatten wiederum Erfolg und Pat. konnte sogar etwas Milch zu sich nehmen; nach kurzer Zeit aber hörte er wiederum zu athmen auf, und die ausdauerndsten Belebungsversuche hatten diesmal keinen Erfolg. (Ueber den Sectionsbefund im zweiten Falle und den klinischen Befund in beiden Fällen während des Lebens wurden leider keine Angaben gemacht; ebenso beschränkte sich, mit Ausnahme der kurzen einleitenden Bemerkungen, der Vortrag auf die im Vorstehenden gegebene objective Schilderung. Ref.)

An der Discussion betheiligten sich die Herren Harrison Cripps, Howard Marsh, Goodhart, O'Connor und der Referent. Die erstgenannten Herren citirten Fälle, welche, obwohl an sich sehr interessant, nach der Meinung Dr. Goodhart's und des Ref. nicht in die Categorie der phlegmonösen Pharyngitis gehörten. Es handelte sich in denselben vielmehr um diffuse Cellulitis des Halses, Erysipelas des Kehlkopfs und diphtheritische resp. scarlatinöse Pharynxsymptome. Der Ref. machte speciell darauf aufmerksam, dass phlegmonöse Angina zwar selten, aber nicht unbekannt sei, und dass z. B. Wagner derselben ausführlich gedenke. Zu bedauern sei es, dass in den von Dr. Carrington und Dr. White beschriebenen Fällen nichts über den Ursprung des Leidens ermittelt worden sei. Nach der Schwere der Symptome zu schliessen, könne es sich wohl um septische oder pyämische Zustände gehandelt haben. SEMON.

d. Diphtheritis und Croup.

52) **Henoch** (Berlin). **Mittheilungen aus den Diphtherie-Epidemien der Jahre 1882 und 1883.** *Charité-Annalen. X. Jahrgang. 1885.* (Vergl. das Referat 52 in No. 1. Jahrgang II. des Internationalen Centralblatts.)

Wie fast überall, so nahm auch in Berlin die Diphtherie in den letzten Jahren nicht nur an Ausdehnung, sondern auch an Bösartigkeit zu. Croup und Diphtherie sind dem Verf. zwei verschiedene Krankheiten, ersterer ist allerdings seltener geworden. Die sog. Scharlachdiphtherie ist keine wirkliche Diphtherie, sondern eine Necrose der Pharynxschleimhaut. Sehr bitter beklagt sich Verf. über den scandalösen Unfug, der mit der Diagnose Diphtherie getrieben wird — und in Folge dessen auch mit der Statistik der Heilungen. Er fordert alle jene

Herren, welche nur minimale Bruchtheile ihrer Kranken verloren haben, und jene Aerzte, welche so leichtgläubig sind, derartigen Angaben Vertrauen zu schenken, auf, zunächst einmal in die Klinik zu gehen und dort erst zu lernen, was man eigentlich unter Diphtherie zu verstehen hat. Von 319 auf der Klinik behandelten wirklichen unzweifelhaften diphtheriekranken Kindern starben 208. Von den Tracheotomirten wurden nur 11 pCt. geheilt.

Die Ursachen dieses schlechten Resultates sind verschiedene, und zwar Ueberfüllung der klinischen Säle, mangelhafte Einrichtung derselben, Combination mit anderen Infectionskrankheiten, namentlich mit Scharlach, welchem eine ziemliche Zahl Tracheotomirter zum Opfer fiel; dazu kommt noch mehrfache Combination mit Tuberculose, hauptsächlich aber Fortpflanzung des diphtheritischen Processes auf die Bronchien, sowie Bronchitis diffusa und Bronchopneumonie. Verf. operirt stets bei Larynxstenose; nur wenn gleichzeitig mit derselben Somnolenz, Sopor, septisches Fieber, Purpura und elender Puls vorhanden sind, macht er Ausnahmen. Befallensein der Bronchien ist um so weniger Contraindication der Tracheotomie, als doch schon Kinder auf diese Weise gerettet wurden.

Von 174 Fällen, welche ohne Ausgang in Croup verliefen, starben 79. Eine schlechte Prognose geben: häufig wiederkehrendes Erbrechen, ausgedehntere Diphtherie der Mundschleimhaut, starke Blutungen aus Mund, Rachen und Nase, ausgedehnte harte Lymphadenitis, septische Erscheinungen, Foetor ex ore, jauchig-blutiger Nasenausfluss, Purpura und unüberwindliche Anorexie. Die schwere septische Form hat keine Neigung, den Kehlkopf häufiger zu befallen wie die croupöse. Ein Fall, bei dem der Boden der Mundhöhle und das Frenulum linguae mitafficirt waren, heilte. Die Rhinitis diphtheritica gehörte zu den häufigeren Complicationen; mehrmals gingen die afficirten Lymphdrüsen in Eiterung über. Albuminurie trübt die Prognose, wenn sie reichlich ist; sehr selten sind im Verlaufe der Diphtherienephritis hydropische Ergüsse und urämische Erscheinungen. Die von Cadet de Gassicourt als „Diphthérie prolongée“ beschriebene Form ist weder neu noch selten; so erwähnt Verf. unter Anderem einen Fall, wo erst nach zwei Monaten Heilung eintrat; die Regeneration der Membranen erfolgte mehrmals, einmal nach 10tägiger Pause. Sehr gute, überraschende Erfolge sah Verf. bei Gaumenlähmungen von subcutanen Strychnininjectionen pro dosi 0,002—0,005 pro die; in schweren Fällen gebe man innerlich Campher und ernährende Clysmata mit Wein, Bouillon, Eigelb. Vom Sublimat, Arsenik und Papayotin sah Verf. keine Erfolge; Pepsin in 10proc. Lösung steht an membranlösender Wirkung dem theuern und unsichern Papayotin nicht nach, doch vermag auch dieses Mittel keineswegs, die Neubildung der Membranen hintanzuhalten. SCHECH.

53) **Tye** (Chatham) leitete die Discussion über **Diphtherie** beim Annual Meeting of the Ontario Medical Association *(Med. News. 27. Juni 1885. Vol. 56. No. 26. p. 720.)* mit einer sehr erschöpfenden Abhandlung ein, in welcher er betonte, dass die Krankheit mit ihren Verwüstungen weder vor einem Lande, noch vor einem Clima Halt macht, dass sie sich weder scheut, ihre Opfer im Hause der Armen zu fordern, noch Furcht hegt, die Häuser des Luxus zu betreten.

Das Volk von Ontario ist in sanitären Dingen schnell unterrichtet worden, so dass günstige Aussichten da sind, dass die Herrschaft dieser sowie mancher anderer Krankheiten bald beschränkt werden wird.

Das Land verdankt dem Board of Health sehr viel, sowohl wegen seiner Energie, seiner Intelligenz, als auch wegen seiner eingreifenden Durchführung der Anordnungen der Health Act. Der Gesundheitsbericht stellt fest, dass in der ganzen Krankheitsreihe keine so andauernd an einer Localität sich aufhält wie die Diphtherie, sobald sie einmal eingeschleppt ist. Er bespricht dann die verschiedenen Ursachen der Krankheit, ihre Prophylaxe und Therapie, sowohl die locale, wie die allgemeine, besonders aber die letztere, da er zu ihr das meiste Vertrauen hat.

Dr. Brouse aus Brockvillle bemerkte in der darauf folgenden Discussion, dass er in einigen schweren Fällen zum Calomel seine Zuflucht genommen hätte. Er gab 2 Grm. als erste Dose, nach 12 Stunden $1^1/_2$ Grm. und nach weiteren 12 Stunden wieder $1^1/_2$ Grm., so dass in 24 Stunden 5 Grm. verabfolgt wurden. Die Resultate in diesem und anderen Fällen waren so befriedigend, dass er diese Behandlung in ähnlichen Fällen empfiehlt.

Dr. Graham aus Toronto empfiehlt die Application von Vesicantien auf den Körper, um eine rauhe Oberfläche zu bilden. Auf diese soll sich die diphtheritische Exsudation ergiessen und vielleicht dadurch dem Hals Heilung bringen (! Red.).

LEFFERTS.

54) **Sigel** (Stuttgart). **Beobachtungen über Diphtherie.** *Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. VI. Heft 1. 1884.*

Verf. kommt auf Grund von 87 genau beobachteten Fällen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Diphtherie ist zur Zeit noch eine ihrem inneren Wesen nach unbekannte Krankheit.

2. Das Angina-Diphtheroid (dünner, nach einigen Tagen wieder verschwindender Belag) ist als eine wesentlich davon verschiedene Krankheit anzusehen.

3. Eine Disposition zu Diphtherie giebt die Scrophulose und andere Ernährungsstörungen, ferner besonders auch die Mandelhypertrophie; ganz gesunde Kinder bekommen nicht Diphtherie (?? Ref.).

4. Die Diphtherie giebt dem einmal Befallenen Immunität, das Angina-Diphtheroid aber nicht.

5. Isolirung ist absolut nothwendig, eine wirksame Prophylaxis ist ausführbar; jede eingreifende Behandlung muss vermieden werden; alle bisher in Anwendung gekommenen Mittel haben sich nicht oder nicht mit Sicherheit bewährt; dagegen hat die interne Anwendung des Terpentinöls (1—2 Theelöffel pro die mit Malaga, Eigelb oder gestossenem Zucker) in einer Anzahl von Fällen sowohl gegen das Fieber, als den localen Process eine bisher unerklärte Wirksamkeit gezeigt, die zu weiteren Versuchen auffordert.

SCHECH.

55) **Stocquart. Untersuchungen über Hals-, Nasen- und Ohrenaffectionen bei Kehlkopfcroup, mit anatomisch-pathologischen Betrachtungen über den genuinen Croup. (Recherches sur les lésions de la gorge, du nez et des oreilles, en cas**

de laryngite croupale, suivies de considération anatomo-pathologiques sur le „Croup d'Emblée".) *Journal de méd., de chir. et de pharmacol. Février 1885, sowie Archiv für Ohrenheilkunde. XXII. 1885. p. 45—50.*

Recht hat Stocquart, wenn er sagt, dass die Praktiker bei den acuten Infectionskrankheiten, bei Diphtheritis und Croup(?) häufig über dem Allgemeinleiden die localen Affectionen vergessen, während doch z. B. bei Variola 98 pCt. Ohrencomplicationen vorkämen. Leider beweisen aber seine 10 Obductionen gar nichts gegen das Vorkommen des genuinen Croups (das soll doch der Ausdruck „Croup d'Emblée" bedeuten, welchen derselbe ganz fallen zu lassen vorschlägt?). So viel ist sicher, dass der grösste Theil seiner Fälle Diphtheritisfälle sind, während der Verf. sie als Croup bezeichnet. Man sieht daraus eben, dass er sich keinen richtigen Begriff von Croup, Diphtheritis und deren Mischformen macht. Wenn ihm dies nun in gewisser Beziehung nicht übel genommen werden kann, so hätte er aber doch gut daran gethan, keine weiteren anatomisch-pathologischen Betrachtungen darüber anzustellen, denn diese dienen nur dazu, den Wirrwarr complet zu machen.

BAYER.

56) **Martin Bernhardt** (Berlin). **Ueber die Beziehungen des Kniephänomens zur Diphtherie und deren Nachkrankheiten.** *Virchow's Archiv. Bd. 99. S. 393.*

In 21 Fällen, über welche Verf. Notizen hat, war das Kniephänomen bei der ersten Untersuchung nur 7 mal beiderseits, 1 mal einseitig erhalten. Bernhardt zieht aus seinen Beobachtungen und der Literatur folgende Schlüsse: Bei einer sehr grossen Anzahl von Kranken, welche (Rachen-) Diphtherie überstanden haben, findet man einige Wochen später die Kniephänomene geschwunden. Dies kommt gewöhnlich nach schwerer Diphtherie mit anderweitigen Lähmungserscheinungen, jedoch auch bei scheinbar leicht verlaufenen Fällen vor. Das Fehlen des Kniephänomens findet sich zuweilen schon nach 3—4, zuweilen erst 6—8 Wochen nach dem Beginn der Krankheit, und zwar manchmal zunächst einseitig. Das Fehlen des Kniephänomens dauert zuweilen 5—6 Monate, während vorher alle anderen Krankheitserscheinungen geschwunden sein können. Ob das Kniephänomen nach Diphtherie immer verschwindet, steht noch nicht fest. Hautreflexe und Kniephänomen gehen in Bezug auf Fehlen oder Vorhandensein nicht parallel. Gleichzeitige Atrophie des Musc. quadriceps macht die Beobachtung werthlos. Ataxie und Fehlen des Kniephänomens finden sich häufig zusammen, kommen aber auch getrennt vor.

B. FRAENKEL.

57) **E. Mendel** (Berlin). **Diphtherische Lähmung.** Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft. *Berliner klin. Wochenschrift. No. 12. S. 190. 1885.*

Mittheilung eines Falles von Ataxie mit doppelseitiger Ophthalmoplegia externa nach Diphtherie, bei dem die Untersuchung des Gehirns Folgendes ergab: Hochgradige Blutfülle, besonders im Hirnstamm mit capillaren Hämorrhagien in der Gegend des Oculomotoriuskerns, wie im Pons und in der Medulla oblongata; in den peripherischen Nerven interstitielle und parenchymatöse Neuritis, besonders im Oculomotorius. Bei den Ataxien nach Diphtherie fände sich immer, und zwar zuweilen schon vorher Erlöschen des Patellarreflexes, deshalb sei die Untersuchung des Patellarreflexes bei den entsprechenden Gaumensegellähmungen ge-

boten. Mendel macht auf die Wichtigkeit des Befundes aufmerksam, der neben Neuritis gesteigerte Durchlässigkeit der kleineren Arterien und Capillaren ergab. Er glaubt, dass die plötzlichen Todesfälle nach Diphtherie auf Blutungen in den lebenswichtigen Centren der Medulla beruhten.

In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion erklärt Remak die Velumparalyse auch ihrer klinischen Erscheinungsweise nach für eine periphеrische Neuritis und berichtet über das Verhältniss des Kniephänomens zur Velumparalyse. Remak sah 30 Fälle von Velumparalyse nach Diphtherie; von diesen hatten nur 14 das Kniephänomen bei der Aufnahme. Von diesen verloren es noch 2 (5jähr. Mädchen und 23jähr. Mann) noch während der Beobachtung. Im ersteren Fall und noch in 6 anderen beobachtete R. die Wiederkehr des Kniephänomens, nachdem es 3 Wochen bis 5 Monate lang gefehlt hatte. Bernhardt trägt seine in Virchow's Archiv, 99. Bd. veröffentlichten Ansichten über das Fehlen des Kniephänomens vor (cf. das vorhergehende Referat). B. FRAENKEL.

58) **W. Reinhard** (Bautzen). **Behandlung der diphtheritischen Lähmungen mit Strychnin.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 19. S. 326. 1885.*

Heilung eines schweren Falles von Lähmung bei einem $3^1/_2$jähr. Knaben.
B. FRAENKEL.

59) **J. M. Keating. Die medicinische Behandlung der Diphtherie. (The medical treatment of diphtheria.)** *Boston Med. Surg. Journal. CXII. p. 73—76. 1885.*

Ein interessanter Vortrag, welcher (mit Ausnahme der chirurgischen Eingriffe) die moderne Behandlung dieser Krankheit, sowohl die innere wie die locale, bespricht. Der Autor ist der Ansicht, dass die Wahrscheinlichkeit zu Gunsten der Annahme spricht, dass die Diphtherie in ihrem Beginne eine locale Krankheit sei, welche im Hals ihren Anfang nimmt. LEFFERTS.

60) **Cöster** (Biebrich). **Zur Abortivbehandlung der Diphtherie.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. IV. S. 55. 1885.*

Cöster hat nach seiner im ersten Jahrgang dieses Blattes, S. 88 referirten Abortivbehandlung der Diphtherie mit Calomel vom August 1883 bis Ende November 1884 69 Fälle von Diphtherie behandelt und davon nur einen verloren, bei dem die Behandlung zu spät eingeleitet wurde. C. giebt jetzt noch grössere Dosen Calomel, bis 1 Grm. (in Dosen von 0,3 alle 3 Stunden). Unter den mitgetheilten Fällen befindet sich C.'s eigene Krankengeschichte, der 10 Tage nach Ausführung einer Tracheotomie erkrankte und 4 Wochen später Parese der Schlundmuskeln und der Extremitäten mit Parästhesie und Ataxie bekam.
B. FRAENKEL.

61) **H. C. Alderton** (London). **Bericht über acht Fälle von Diphtheritis. (Report of eight cases of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 25. April 1885.*

Pinselung mit Syrup. chloral. hydrat. verbesserte in allen Fällen die „Lividität des Halses", die Athmung und das Schlingvermögen wurden nach der Application temporär erleichtert. Natron sulfo-carbolicum schien ebenfalls günstigen Einfluss auszuüben. Die Fälle selbst bieten nichts Besonderes. SEMON.

62) **F. Dazio. Sublimat bei Diphtheritis. (Il sublimato corrosivo nella difterite.)** *Giornale internazionale di science mediche. Fasc. 9. 1884.*

Verf. empfiehlt Sublimatpinselungen (10 Cgrm. auf 50 Grm. Wasser) und führt zum Beleg 8 günstig verlaufene Fälle von Angina diphtherica an, von denen einige der Schilderung nach eher den Eindruck machen, als ob es sich um einseitige folliculäre Tonsillitis gehandelt hätte. KURZ.

63) **H. D. Fry. Die Behandlung der Diphtherie mit Sublimat. (The treatment of diphtheria with mercuric chloride.)** *Maryland Med. Journ. XII. p. 94—96. 1884/85.*

Das Sublimat wurde in Lösung mit Pepsinelixir und Wismuth und in einer kleinen Menge Glycerin gegeben.

Die Fälle des Autors waren leichte gewesen. LEFFERTS.

64) **S. J. Murray** (Brooklyn). **Die Diphtherie und deren Behandlung mit Calomel. (Diphtheria and its treatment by calomel.)** *Medical News. Vol. XLVI. No. 24. p. 675. 1885.*

Bei zwei Krankheitsfällen dieser Art wurde entsprechend jedem Lebensjahr des Pat. 0,06 Cal. gegeben, und zwar wurde diese Dosis mit geringen Modificationen alle 4 Stunden wiederholt, so dass in einem Falle 6 Grm. verabreicht wurden. In Verbindung mit Desinfection der Wohnräume durch Ventilation, reichlicher Ernährung und alcoholischen Stimulantien nebst Chinin, erzielte diese Behandlungsmethode in diesen und einer Reihe anderer Fälle Heilung. Bei der Discussion dieser Abhandlung wurde sowohl die combinirte Behandlung, wie der grosse Werth der Anwendung eines Spray mit Ferr. persulf. 4 : 120 Aqu. betont; andererseits wurde, entsprechend dem Verlangen des Autors, als wünschenswerth erklärt, dass das Calomel trocken auf die Zunge gelange. LEFFERTS.

65) **Donath** (Pest). **Zur Kenntniss des Chinolins und dessen Anwendung gegen Diphtherie.** *Wiener med. Presse. No. 3. 1885.*

Von den antiseptischen, antizymotischen und antipyretischen Wirkungen haben sich nur die ersten besonders bewährt. Es wurden nach Seifert Bepinselungen des Rachens mit Chinolini puri 5,00 Alcohol und Aq. dest. aa 50,00 (also 5 pCt.) und Gurgelungen mit 2 procent. Chinolin-Lösungen angewendet, meistens 3 Mal täglich. Nach wenigen Pinselungen, manchmal schon nach einer, lösten sich die Schorfe und trat grosse Erleichterung ein. Die Mortalität nahm nach Einführung dieser Behandlung um 19 pCt. ab; zum Uebergreifen auf den Kehlkopf, die Nase oder die Tuben kam es dabei niemals. CHIARI.

66) **Henry Dwight Chapin. Trypsin, ein Lösungsmittel für diphtheritische Pseudomembranen. (Trypsin as a solvent of diphtheritic pseudomembrane.)** *New-York Medical Record. 7. März 1885.*

Der Zweck des vorliegenden Artikels ist einerseits der, die Aufmerksamkeit auf ein Ferment zu lenken, welches bei seiner physiologischen Wirkung auf Fibrinmembranen von grossem Nutzen in Beziehung auf die diphtheritischen Membranen

zu werden verspricht, andererseits zu einem Versuch Seitens der Collegen aufzufordern in der Absicht, den practischen Nutzen des Trypsin festzustellen.

Die Abhandlung ist sorgfältig und gut geschrieben; die verschiedenen, sorgsam ausgeführten Experimente werden eingehend mitgetheilt.

Der Autor fand, dass das Pancreasextract, obgleich es einen digestiven Effect auf die diphtheritische Membran ausübt, dennoch nicht so schnell wirkt, wie das Trypsin, wenigstens nicht in allen denjenigen Fällen, wo er die Wirksamkeit beider auf Fibrinmembranen prüfte. In einem Falle jedoch, welcher am Beginn der Abhandlung mitgetheilt wird, hatte das Extract sicher eine schnelle und günstige Wirkung.

Als besonders zu Versuchen geeignet erschien dem Autor folgende Formel:

Rp. Extr. pancreat. 0,9.
Natr. bicarb. 0,18.
Glycer, 4.0.
Aq. dest. 28,0.

Die Lösung kann mittelst Spray oder Pinsels applicirt werden. Stärkere Lösungen scheinen nicht schneller zu wirken, da sie zäher sind. Es ist genügend Natron darin, um die Lösung alkalisch zu machen und Glycerin, um die Membran schnell anzugreifen.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

67) **W. Cheatham. Acute catarrhalische Laryngitis. (Acute catarrhal laryngitis.)** *Louisville Med. News. 3. Januar 1885.*

Die Behandlung des Autors besteht in einem Purgans, gefolgt von Chinin, Laudanum mit Scilla und Dampfinhalationen aus Benzoë und Terpentin und zwar wird dieses Alles in den ersten Stadien angewandt. In den späteren Stadien gebraucht er Adstringentien: Alaun, Pinus canadensis, Argent. nitr. und Tanninglycerin.

LEFFERTS.

68) **E. Fletcher Ingals. Recidivirende Laryngitis und deren Beziehungen zum hypertrophischen Catarrh. Recurrent laryngitis and its relations to hypertrophic catarrh.)** *Proc. Illinois State Med. Soc. N.-Y. Med. Record. 23. Mai 1885.*

Der Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Affection hängt gewöhnlich von einer Verstopfung der Nase ab. 2. In der Mehrheit der Fälle ist der Verschluss durch eine Deviation oder Verdickung des Septum oder durch einen hypertrophischen Catarrh bedingt. 3. Die locale Behandlung ist zur dauernden Heilung unzureichend, die verstopfenden Gewebe müssen vielmehr entfernt werden. 4. Die operativen Eingriffe, welche hierzu nöthig sind, können durch Cocain schmerzlos gemacht werden. 5. Wird diese Behandlungsmethode sorgfältig ausgeführt, so kann man auf eine Heilung des Catarrhs und der Laryngitis, welche von demselben abhängig ist, rechnen. 6. Nach Entfernung der den Verschluss hervorrufenden Gebilde zeigt sich oft unmittelbar eine Besserung des Allgemeinbefindens. 7. Beim acuten Catarrh kann man eine unmittelbare Besserung durch Einblasen kleiner Quantitäten Cocain erzielen.

LEFFERTS.

69) **A. W. Calhoun. Trachomatöse Neubildungen auf den Stimmbändern. (Trachomatous growths upon the vocal cords.)** *Atlantic Med. Surg. Journal. April 1885.*

Der Artikel bringt einen Bericht über eine klinische Vorlesung, in welcher drei Fälle von trachomatösen Neubildungen auf den Stimmbändern gezeigt wurden. Verf. bemerkt, dass sie sehr selten seien und im Allgemeinen durch eine Excoriation der Schleimhaut der Stimmbänder verursacht würden. Die Einathmung heisser Luft, oder Dämpfe, oder Alles dessen, was eine Erosion der Stimmbänder bewirkt, kann dieses Leiden erzeugen (sic.). LEFFERTS.

70) **Charters Symonds. Ein tödtlicher Fall von Anthrax. (A fatal case of anthrax.)** *Brit. Med. Journal. 25. April 1885.*

Des Falles von Anthrax, der sich durch ungewöhnliche Schwere der Allgemeinsymptome auszeichnete, wird hier Erwähnung gethan, weil, nach dem Verlauf und dem Obductionsbericht zu schliessen, die unmittelbare Todesursache Oedem der arytaeno-epiglottischen Falten war. Im Uebrigen muss auf das Original verwiesen werden. SEMON.

71) **Fredet (Royat). Eitrige Entzündung der Epiglottis, complicirt mit Glottisoedem. Schneller Tod durch Asphyxie. (Epiglottite suppurée compliquée d'oedème de la glotte. Mort rapide par asphyxie.)** *L'Union méd. No. 87. 25. Juni 1885.*

Der Fall betraf einen 20jährigen jungen Mann, der 1½ Stunden nach dem Verlassen einer Kneipe, in der er getrunken, gesungen und gerauft hatte, asphyctisch zu Grunde ging.

Bei der Obduction zeigte sich am äusseren Hals weder Wunde noch Ecchymose. Die Untersuchung des Rachens und des Kehlkopfes ergab ein Oedem der Uvula, Oedem der Epiglottis, die einem die Glottis verstopfenden Pfropfen glich und bei der Incision einen haselnussgrossen Eiterherd zeigte. Die arytaenoepiglottischen Falten waren gleichfalls ödematös geschwellt. Die Kehlkopfknorpel waren weder gebrochen noch necrotisch. Der Fall bot auch gerichtsärztliches Interesse, da ein Raufbold beschuldigt wurde, den plötzlich Verstorbenen vorher im Wirthshaus an der Kehle gefasst zu haben und es entschieden werden musste, ob er nicht den Tod herbeigeführt hätte. F. gab mit Rücksicht auf die eingeholten Erkundigungen über das Vorleben des Verstorbenen, der Raucher, Trinker und seit langer Zeit heiser war und mit Rücksicht auf den anatomischen Befund an der Leiche seine Meinung dahin ab, dass der junge Mann schon lange an Entzündungen und Schwellungen der Kehlkopfschleimhaut gelitten habe und dass er das Oedem durch das Singen, Schreien und durch das plötzliche Heraustreten aus der überhitzten Wirthsstube in die feuchtkalte Strasse derart gesteigert hatte, dass es ein mechanisches Hinderniss der Athmung abgab. E. J. MOURE.

72) **V. Cornil (Paris). Beobachtungen über Gangrän des Larynx und der Lungen. (Observations de gangrène du larynx et des poumons.)** *Journal des connaiss. méd. No. 14—18. April 1885.*

Die Gangrän wird bedingt durch Störungen der Circulation oder der Innervation oder beider zugleich. Embolie, Thrombose und exsudative Entzündungen,

bei denen die ernährenden Gefässe comprimirt werden, können zu gangränösen Processen im Kehlkopf und den Lungen führen. Namentlich sind hier die Larynxaffectionen beim Typhus zu erwähnen.

Verf. bringt drei tödtlich verlaufene Fälle von Laryngo-Typhus mit gangränösen Ulcerationen des Larynx. In zweien dieser Fälle bestand auch Lungengangrän. Die vierte Beobachtung betraf eine Endocarditis mit Hirn- und Lungengangrän.

Diese necrotisirenden Processe in den Luftwegen sind nach C. nicht dem directen Einflusse der Typhusbacillen zuzuschreiben. Diese mögen sich im Beginne im entzündeten Kehlkopf- und Lungengewebe finden, aber bei der Obduction entdeckt man auf der Oberfläche der gangränösen Stellen Bacterien in Zooglaeastäbchen oder Fadenform, die an den Leptothrix buccalis erinnern. In einem Falle fand man in der gangränösen Lungenpartie die Spirochaete denticola. Diese Bacterien stammen wahrscheinlich aus der Mundhöhle und gelangen bei der durch die entzündlichen Processe herabgesetzten Empfindlichkeit der Schleimhaut der Luftwege in diese, finden hier einen günstigen Boden zu ihrer Weiterentwicklung und führen zur Fäulnissgangrän des Kehlkopfes und der Lunge. E. J. MOURE.

73) **W. Mac Neill Whistler** (London) **Bemerkungen über die Beeinflussung der Prognose der Kehlkopfschwindsucht durch locale Behandlung. (Notes on the prognosis of laryngeal phthisis as influenced by local treatment.)** *Medical Times. 13. u. 20. Juni 1885.* Mit Abbildungen.

Nach ausführlicher, aber nicht ganz vollständiger Citirung der in den letzten Jahren veröffentlichten Ansichten über den Einfluss der Localbehandlung auf den Verlauf der Kehlkopfphthise (so fehlen z. B. die Mittheilungen B. Fränkel's und des Referenten) kommt der Verf. zur Schilderung seiner eigenen Erfahrungen. Er empfiehlt verschiedene, von ihm construirte Apparate zur immerwährenden Inhalation durch die Nase und durch die Canüle nach vorgenommener Tracheotomie, und beschreibt dann äusserst ausführlich mehrere von ihm lange Zeit hindurch sehr sorgfältig beobachtete Fälle von Kehlkopfphthise, in denen der Nutzen der Localbehandlung unverkennbar war. Er drückt schliesslich seine feste Ueberzeugung aus, dass die Frage nach der Beeinflussungsmöglichkeit der Kehlkopfschwindsucht durch locale Behandlung noch durchaus keine so abgeschlossene sei, dass man schon jetzt von der absoluten Hoffnungslosigkeit der Behandlung dieses traurigen Leidens sprechen könne. — Die sehr gründliche Arbeit verdient eingehendes Studium. SEMON.

74) **Déjerine** (Paris). **Kehlkopfphthise. (Phthisie laryngée.)** *Gazette des hôpit. 14. Februar 1885.*

Bei einem 50jährigen Patienten fand D. bei der laryngoscopischen Untersuchung Ulcerationen im Larynx. Die Untersuchung der Lungen fiel negativ aus, doch konnte man im Sputum Tuberkelbacillen nachweisen.

Im Uebrigen enthält die Arbeit zahlreiche irrige Anschauungen, auf die hier einzugehen, uns zu weit führen würde. E. J. MOURE.

75) **John Mackenzie** (Baltimore). **Tuberculöse Tumoren des Larynx und der Trachea.** *Wiener med. Presse. No. 30. 1885.*

Der Artikel bringt nach einer kurzen Vorrede der Redaction einen Brief von Dr. John N. Mackenzie aus Baltimore in Bezug auf die Priorität der Entdeckung dieser Tumoren.

CHIARI.

76) **Philippe Rey. Ein Fall von Kehlkopfphthise mit tuberculösen Granulationen und Ulcerationen des Pharynx und Perforation der laryngo-pharyngealen Scheidewand. (Cas de phthisie laryngée avec granulations et ulcerations tuberculeuses du pharynx et perforation de la paroi laryngo-pharyngienne.)** *Progrès méd. No. 18. 2. Mai 1885.*

Der Fall betraf einen 40jähr. Alcoholiker, seit 2 Jahren an epileptischen Anfällen und an Geistesstörungen leidend. Zu der vorgeschrittenen Lungenphthise gesellten sich Symptome von Kehlkopftuberculose. Das Verschlingen der Nahrung ist schmerzhaft und oft von Erbrechen gefolgt. Das Einführen der Oesophagussonde verursacht Schmerz und erzeugt beim zweiten Male einen Erstickungsanfall. Die Ernährung wird dadurch unmöglich. Vollständige Aphonie. Tod. — Obduction: Ulcerationen an den Stimmbändern. Der Ringknorpel ist an seinem hinteren Antheile necrotisirt und es besteht im selben Niveau eine Perforation mit zerklüfteten Rändern, welche Larynx und Pharynx verbindet. Im Pharynx, um die Perforationsöffnung herum, tuberculöse Granulationen und confluirende Ulcerationen. R. glaubt, dass die Oesophagussonde die Perforation der durch den tuberculösen Process alterirten vorderen Pharynxwand herbeigeführt habe und warnt vor deren Anwendung da, wo sich tuberculöse Ulcerationen des Pharynx und Oesophagus vermuthen lassen.

Der Autor giebt an, in der Literatur keinen ähnlichen Fall gefunden zu haben. Einen solchen beschreibt aber Dignat (Revue mens. de Laryngol. 1883, Seite 239).

E. J. MOURE.

77) **Van Santvoord. Lungentuberculose. Tuberculöse Ulceration des Larynx und Pharynx. Masern. Catarrhalische Pneumonie. (Tuberculosis of the lung. Tubercular ulceration of the larynx and pharynx. Measles. Catarrhal pneumonia.)** *N.-Y. Medical Record. 14. März 1885.*

Pat., M. C., ein Findling, war mehrere Monate Insasse des Randall's Island Infant Asylum. Während dieser Zeit wurde er cachectisch und litt viel an Husten. Im Sommer 1884 wurde er, ebenso wie viele Andere, von Impetigo contagiosa befallen. Der cachectische Zustand des Kindes, sowie der Umstand, dass die Eruption hämorrhagisch und viel pustulöser als bei den übrigen Kindern war, gaben dem Verdacht Raum, dass hier ein pustulöses Syphilid vorliege. Indess wurde diese Diagnose durch andere Punkte in der klinischen Geschichte nicht bestätigt. Das Kind litt einige Tage vor seinem Tode an Dysphagie, welche von Masern herrührte, die, begleitet von einer ausgedehnten catarrhalischen Pneumonie, das Kind im Alter von $31^{1}/_{2}$ Monaten befallen hatten.

Obduction: Larynx und Pharynx: Drei oder vier kleine tiefe Geschwüre, von der Grösse eines halben Stecknadelkopfes, sassen auf der hinteren Pharynx-

wand. Die Geschwüre, welche die Schleimhaut durchdringen, befanden sich an der Epiglottisspitze, auf den Plicae aryepiglotticae, an der hinteren Larynxwand und auf der oberen und unteren Fläche beider Stimmbänder. Die nicht ulcerirten Partien der Stimmbänder waren roth und verdickt.

Lungen: Trachea und Bronchien stark injicirt. Beide Lungen durch alte Adhäsionen vollständig adhärent. Der linke Oberlappen war wachsartig degenerirt mit eiterhaltigen Cavernen; in dem rechten Oberlappen befanden sich kleine Cavernen mit alten fibrösen Verdickungen. In den nicht tuberculös ergriffenen Partien dieser Lappen bestand ausgebreitete Verdichtung durch eine frische Bronchopneumonie. In den unteren Lappen fanden sich kleine Cavernen und beträchtliche Herde frischer Lobulärpneumonie.

S. hält diesen Fall mit Rücksicht auf das Alter des Pat. für ein Unicum. Bei seinen Nachforschungen nach tuberculöser Laryngitis bei Kindern fand er in Smith's Arbeit die Bemerkung, dass er solch' einen Fall bei einem Kinde in diesem Alter nicht gesehen habe. Rilliet und Barthez äusserten sich gleichfalls, dass sie unter 300 Autopsien solches nicht bei Kindern unter 3 Jahren gefunden hätten.

LEFFERTS.

78) **Masini** (Genua). **Der Koch'sche Bacillus in der Diagnose der Kehlkopfschwindsucht. (Il bacillo di Koch nella diagnosi della tubercolosi laringea.)** *Gazette degli Ospitali. No. 24. 1885.*

Nachweis der Tuberkelbacillen im Secret des Larynx nach dem Vorgang von B. Fränkel. Masini überzeugte sich, dass jedesmal, wenn Larynxtuberculose vorlag, der Bacillus zu finden war. Wenn in einem zweifelhaften Fall eine zwei- oder dreimalige Untersuchung (zu verschiedenen Zeiten) ein negatives Resultat ergab, erklärte er die vorliegende Kehlkopfläsion für nicht tuberculös. Er fand, was auch sonst schon gefunden worden ist, dass bei Lungentuberculose nicht selten im Kehlkopf Veränderungen von nicht tuberculöser Natur vorkommen.

KURZ.

79) **Fischer** (Meran-Gleichenberg). **Zur Beleuchtung der Pathogenese des tuberculösen Processes im Larynx.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 14. 1885.*

Bei schon bestehender Lungentucerculose wird das bacillenhaltige Sputum den Kehlkopf leicht inficiren wegen der allgemeinen schlechten Ernährung, dann wegen des längeren Verweilens des Sputums in demselben, besonders an den Stimmbändern, welche der Flimmerepithelien entbehren, und zwischen den Aryknorpeln, wo sich ja immer Falten vorfinden. Dort kann das Sputum länger verweilen, als an den übrigen Partien des Larynx. In Trachea und Bronchien ist der Flimmerbesatz der Epithelien ungünstiger für das Haften des Secretes, daher dort seltener tuberculöse Geschwüre entstehen.

F. weist noch hin auf das Vorkommen von Contactgeschwüren an symmetrischen Stellen des Larynx, die sich immer wieder berühren, so an den Processus vocales. Alle diese Umstände zeigen, dass es sich bei Entwicklung von Larynxtuberculose um Infection handelt.

Endlich erwähnt F. des Vorkommens tuberculöser Larynxgeschwüre noch

vor Erkrankung der Lungen, was sich aus der Zuführung der Bacillen durch die Einathmungsluft erklären lässt.

Jedenfalls zeigen diese Ausführungen, dass die Infectionsfähigkeit der Tuberculose mit den laryngologischen Beobachtungen in Einklang gebracht werden kann. CHIARI.

80) **H. Moeser. Die Infiltration der Epiglottis als Primärerscheinung der Phthisis laryngis.** Mittheilungen aus der med. Klinik zu Würzburg. Wiesbaden. Bergmann. 1885.

Theils am freien oberen Rande, theils an den Seitenflächen der Epiglottis kommen im Beginne der Phthisis, wo noch keine oder nur eine geringe Erkrankung der Lunge sich constatiren lässt, circumscripte grauweisse Infarcte und isolirte keil- oder kolbenförmige Verdickungen vor, welche Verf. als Primäraffection der Lungenphthise auffasst. Im Uebrigen sind nach des Ref. Erfahrung dieselben durchaus nicht so selten, wie Verf. anzunehmen scheint. SCHECH.

81) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Ein Fall von Kehlkopf- und Lungenschwindsucht, der von einer einfachen chronischen Laryngitis seinen Ursprung nahm. (Case of laryngeal and pulmonary tuberculosis originating in simple chronic laryngitis.)** *Lancet. 14. Februar 1885.*

Ausführliche Mittheilung eines genau beobachteten Falles, dessen Krankengeschichte sich über sieben Jahre erstreckte. Der Verf. ist der Ansicht, dass anfänglich eine einfache chronische Kehlkopfentzündung vorlag, dass eine Tuberkelinfection auf diesem besonders prädisponirten Boden erfolgte, und dass die Lungen erst secundär in Mitleidenschaft gezogen wurden. Die Epikrise giebt dem Verf. die Gelegenheit, auf die von ihm wiederholt warm vertretene Anschauung vom Werthe der Untersuchung des Sputums auf Bacillen für Diagnose und Prognose der Kehlkopftuberculose zurückzukommen. Endlich erwähnt er, dass bei Einblasungen von Jodoform in grösseren Dosen (0,3 bis die) sowohl bei diesem Kranken, wie auch in anderen Fällen toxische Erscheinungen auftraten, die dem ersten Stadium der Alcoholvergiftung täuschend ähnlich sahen. M. meint, dass Jodoform anscheinend keinen Einfluss auf den Verlauf des Leidens habe (? Ref.), doch erkennt er dem Mittel sedative Wirkung zu. SEMON.

82) **J. E. Pilcher** (Brooklyn). **Tracheotomie bei Larynxstenose tuberculösen Ursprungs. (Tracheotomy in laryngeal stenosis of tuberculous origin.)** *Annales of Surgery. Febr. 1885.*

Ein Resumé der Arbeiten von Dubois-Gougenheim, Balzer, Barety und Sestier. Der Autor bemerkt, dass 60 pCt. der Fälle von Larynxphthise, welche sonst einen unglücklichen Ausgang genommen hätten, durch die Operation gerettet würden, dagegen 13 pCt. durch innere Medication. Selbst in solchen Fällen, wo der Pat. nach der Operation starb, ist der Tod auf andere Läsionen, als auf die im Larynx zurückzuführen. Es folgt daraus, dass, wiewohl die Tracheotomie, gleich allen Operationen, gewisse Nachtheile mit sich bringt, ihre Vortheile doch in so hohem Grade überwiegen, dass man sie ohne die geringste Zögerung

in allen Fällen schwerer Dyspnoë tuberculösen Ursprungs versuchen sollte, mag der Pharynx, der Larynx oder die Trachea ergriffen sein. LEFFERTS.

83) **John B. Berry** (Keighley). **Ein Fall von Kehlkopffractur. (A case of fracture of larynx.)** *Lancet. 23. Mai 1885.*

Ein 21jähr. Mann arbeitete mit einer Kreissäge, als ein durch dieselbe abgelöstes Stück Holz mit grösster Gewalt von unten her gegen seinen Hals flog. Sofortige Dyspnoë und Heiserkeit. Erstere liess bald nach, und als B. 20 Minuten nach dem Unfalle den Pat. sah, athmete derselbe frei. Palpation der Kehlkopfgegend liess einen verticalen Bruch des Schildknorpels mit Trennung der Fragmente erkennen. Crepitation war leicht zu erzeugen. Der Pat. wurde in Rückenlage gebracht, Warmwasserumschläge um den Hals und Eis innerlich verordnet. In der Nacht Erstickungsanfall, Bewusstlosigkeit, Tracheotomie, trotz derselben Tod. B., sowie ein zweiter Arzt, überzeugten sich von der Wunde aus (vollkommene Autopsie wurde nicht gestattet), dass der Schildknorpel mehrfach fracturirt war und dass ein Stück des linken Schildknorpelflügels von der Grösse eines Fingernagels an einem Schleimhautfetzen frei in die Trachea hinabhing! B. meint, dass dasselbe wohl klappenartig den Eintritt der Luft in die tieferen Luftwege verhindert haben könne, lässt es aber unentschieden, ob dies die alleinige Ursache der Asphyxie war. — Dem Ref. erscheint es bedauerlich, dass keine laryngoscopische Untersuchung angestellt und die sofortige Vornahme der Tracheotomie unterlassen wurde. Erstere würde wohl ein besseres Bild der Sachlage gegeben haben, als die blosse Palpation; letztere wäre bei der Schwere der Verletzung und der zu befürchtenden secundären Symptome (Oedeme, Blutung, Verschiebung der Fragmente) wohl in jedem Falle angezeigt gewesen, auch wenn augenblicklich keine ernsteren Symptome vorlagen. Aus der eigenen Schilderung des Verf.'s scheint hervorzugehen, dass zwischen dem Augenblicke, wo der Pat. in höchster Athemnoth aufwachte und seinem eigenen Eintreffen im Krankenzimmer nicht unbeträchtliche Zeit verfloss. Die Minuten sind sehr kostbar unter diesen Umständen! SEMON.

84) **Tillaux** (Paris). **Fractur des Kehlkopfs. (Fracture du larynx.)** *La Gaz. des hôp. No. 33. 19. März 1885.*

Die Besprechung eines Falles von Fractur des Schildknorpels, durch Ueberfahren entstanden, mit Emphysem der rechten Supraclavicular- und der gleichnamigen Pectoralisgegend, wird in Kürze wiedergegeben. Es besteht Aphonie und Dyspnoë. Von einem laryngoscopischen Befunde verlautet nichts.

E. J. MOURE.

85) **Marcigney** (Paris). **Fractur des Kehlkopfs. Tracheotomie. Heilung. (Fracture du larynx. Trachéotomie. Guérison.)** *Journal de méd. de Paris. No. 21. 24. Mai 1885.*

Es wird die genauere Krankengeschichte und die Fortsetzung des von Tillaux kurz besprochenen Falles wiedergegeben. Am 3. Tage nach dem Ueberfahrenwordensein war es zu heftigen dyspnoischen Erscheinungen gekommen, so dass die Tracheotomie nöthig wurde. Nach 21 Tagen konnte die Canüle entfernt

werden und nach weiteren 10 Tagen war Pat. vollständig geheilt, bis auf die etwas verschleierte Stimme. Aus dem bestandenen subcutanen Emphysem, den leichten hämoptoischen Erscheinungen, sowie der Athemnoth, wurde geschlossen, dass die Kehlkopfschleimhaut zerrissen, abgelöst und ödematös geschwellt gewesen sein müsse. Eine laryngoscopische Untersuchung war nach der Operation erfolglos versucht worden. E. J. MOURE.

86) **A. Hodgkinson** (Manchester). **In den Kehlkopf eingedrungene Kornrispe. (Portion of ear of corn penetrating the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 10. Januar 1885.*

Bericht des Falles vor der Manchester Med. Society am 3. December 1884. Ein 23jähr. Mann hielt einen Strohhalm im Munde und aspirirte denselben beim Lachen. Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Heiserkeit, leichte Athemnoth. Vier Tage später Oedem einer arytaeno-epiglottischen Falte (welcher, nicht gesagt), mit oberflächlicher Ulceration. Nach Verschwinden der letzteren sah man den Halm etwas aus dem ödematösen Theile hervorragen. Er wurde mittelst der Kehlkopfzange entfernt, worauf alle belästigenden Symptome verschwanden. SEMON.

87) **David Newman** (Glasgow). **Knochensplitter aus dem linken Morgagni'schen Ventrikel eines Mannes mittelst der Zange entfernt. (Lamella of bone impacted in and removed with forceps from the left ventricle of the larynx of a man.)** *Glasgow Med. Journal. Februar 1885.*

Die laryngoscopische Untersuchung war erst nach wiederholter Bepinselung mit einer 20procentigen Cocainlösung möglich. M. giebt jetzt der Verwendung des Cocains in Sprayform den Vorzug vor der Bepinselung, einmal wegen der grösseren Billigkeit, sodann, weil der Spray die Theile weniger reizt als der Pinsel. Der Fall selbst bietet nichts Besonderes. Das Specimen wurde der Glasgower Path. and Clin. Society am 12. Januar 1885 vorgelegt. SEMON.

88) **Maylard** (Glasgow). **Fremdkörper durch die Tracheotomiewunde aus dem Kehlkopf eines Kindes entfernt. (Foreign body, extracted, through a tracheotomy wound, from the larynx of a child.)** *Glasgow Med. Journal. Februar 1885.*

Der Patient war ein 13monatl. Kind, der Fremdkörper ein Stück eines zinnernen Messers (Kinderspielzeug). Dasselbe war dicht unterhalb der Stimmbänder eingekeilt und wurde nach vorgenommener Tracheotomie durch die Wunde mittelst einer kleinen Zange entfernt. Das Kind genas. — In der Discussion, die der Mittheilung des Falles in der Glasgow Path. and Clin. Society am 12. Januar folgte, rieth Prof. George Buchanan, stets ungesäumt die Tracheotomie vorzunehmen, wenn ein an Athemnoth leidendes kleines Kind, dessen Anamnese auf Eindringen eines Fremdkörpers in die Luftwege hinwiese, dem Arzte zugeführt würde. Er belegte diesen Rath durch Mittheilung eines einschlägigen, erfolgreichen Falles aus seiner eigenen Praxis. SEMON.

89) **A. Hecker. Zur Casuistik von Fremdkörpern in den Luftwegen. (K woprosu ob inorodnich telach w dichatielnich putiach.)** *Wratsch. No. 8. 1885.*

Ein 2jähr. Mädchen erkrankte ganz plötzlich ohne zu ermittelnde Ursache an

starker Dyspnoë und heftigem Husten; dieser Anfall legte sich aber nach einer halben Stunde. H. sah das Kind erst nach einigen Tagen, nachdem sich mehrere solcher Anfälle wiederholt hatten. Bei der Untersuchung der Lunge ergab sich nur ein leichter Bronchialcatarrh des linken unteren Lappens. Das Athmen war vollkommen frei. Der Husten dauerte jedoch fort, das Kind war meist sehr unruhig, verlor den Appetit und nahm während des Hustens stets die sitzende Stellung ein. Die Temperatur war stets normal. Dieser Zustand dauerte $2^1/_2$ Monate, bis das Kind bei einem heftigen Anfalle von Dyspnoë und Husten einen Fremdkörper aushustete. Der Fremdkörper war ein Kern von Johannisbrod (Ceratonia siliqua), womit, wie es sich jetzt herausstellte, das Kind am Tage der Erkrankung gespielt hatte.

Eine 66 Jahre alte Frau verschluckte sich während des Essens und bekam einen heftigen Hustenreiz, der aber bald vorüberging. 6 Tage später fand man die Frau bewusstlos liegen, nachdem sie vorher ganz gesund gewesen war. H., der die Pat. bald darauf sah, fand sie bewusstlos mit halbgeschlossenen Augen. Paralysen waren nicht vorhanden. Das Athmen war sehr beschleunigt. Die rechte Thoraxhälfte nahm an den Athembewegungen sehr wenig Theil. Der Percussionsschall war beiderseits normal. Bei der Auscultation hörte man rechts nichts, links scharfes, vesiculäres Athmen. Die Pupillen reagirten gut, die Temperatur war normal. Per exclusionem kam H. zur Ueberzeugung, dass hier eine acute Verstopfung des rechten Bronchus vorliege und wurde noch darin bestärkt, als er erfuhr, dass Pat. sich vor 6 Tagen verschluckt hatte. Da die Athembeschwerden immer zunahmen und der Puls unregelmässig wurde, so entschloss Verf. sich, ein Brechmittel zu verabreichen. Während des Brechactes begann Pat. stark zu husten und dabei flog ein kleiner runder Knorpel aus dem Munde heraus. Bald darauf kam Pat. zu sich und beim Auscultiren hörte man auf der rechten Lunge deutliches Vesiculärathmen. In einigen Tagen hatte Pat. sich vollkommen erholt.

Ein 5jähr. Knabe wurde in's Hospital gebracht, weil er sich angeblich vor 5 Tagen verschluckt haben sollte. Seit dem Momente hustete Pat. sehr heftig. Ein Heilgehülfe, der den Knaben zuerst sah, gab ihm auf Bitten der Mutter ein Brechmittel. Doch kaum trat der Brechact ein, als nach einigen heftigen Hustenstössen der Knabe nach dem Halse griff und die höchste Athemnoth zeigte. Verf., der sofort herbeigerufen wurde, fand den Knaben fast asphyctisch. Während der Vorbereitungen zur Tracheotomie untersuchte H. mit dem Finger den Pharynx resp. Larynx und fand aus dem letzteren einen Fremdkörper hervorragen, den er mit einer gekrümmten Zange sofort entfernte. Der Fremdkörper erwies sich als ein Stück eines Reises von $1^1/_2$ Ctm. Länge und von 5 resp. 8 Mm. Dicke. — Der Knabe erholte sich sehr bald nach der Entfernung des Fremdkörpers.

Auf Grund dieser Krankengeschichten empfiehlt Verf., in solchen Fällen es immer zuerst mit einem Brechmittel zu versuchen, aber auch alles zu einer etwaigen Tracheotomie bereit zu halten. LUNIN.

90) **E. A. Hall. Laryngo-thyreotomie behufs Entfernung eines in den Larynx eingekeilten Knochens. (Laryngo thyrotomy for the removal of a bone impacted in the larynx.)** *N.-Y. Med. Record. 21. März 1885.*

Am 18. September 1884 begann Patient, ein zweijähriges Kind, beim Essen

zu würgen und zeigte die Symptome der Larynxstenose. Diese wuchsen zusehends, Patient litt fast continuirlich an erschwertem Athmen und an sehr häufigen Husten- und Erstickungsanfällen. Am 12. November wurde das Kind zu Hall gebracht. Die laryngoscopische Untersuchung konnte nicht vorgenommen, aber es konnte leicht festgestellt werden, dass ein Fremdkörper den Larynx verschloss.

Am nächsten Tage wurde die Laryngotomie durch das Ligament. cricothyreoid. und den obersten Ring der Trachea gemacht. Es entstand eine starke Blutung, der Fremdkörper konnte aber nicht gefunden werden. Eine Woche später wurde eine zweite Untersuchung vorgenommen, gleichfalls ohne Erfolg. Nunmehr trat Entzündung, Oedem und eine Temp. von 40°C. auf. Als Patient hiervon sich erholt hatte, wurde nach drei Wochen ein erneuter Versuch gemacht, den Fremdkörper zu entfernen. H. machte nunmehr die Tracheotomie, da er der Ansicht war, dass er nur auf diese Weise den Patienten retten, oder den Fremdkörper entfernen konnte. Als er die Knorpel durchtrennte, hatte sich der Fremdkörper von der Stelle, wo er zwölf Wochen festgesessen hatte, losgelöst und schwamm oben auf dem Bluterguss, der diesem Eingriff folgte.

Es handelte sich um einen flachen Hühnerknochen, welcher $^5/_8$ und $^3/_8$ Zoll mass, mit Granulationen bedeckt war und scharfe Spitzen hatte. Zwei seiner Ecken wirkten wie Angeln, um welche sich der Knochen bei jeder Inspiration wie ein Ventil bewegte.

LEFFERTS.

91) **Fraipont** (Lüttich). **Fall von Fremdkörper in der Trachea. (Cas de corps étranger de la trachée.)** *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège. Januar 1885.*

Ein 12jähriges Mädchen verschluckte eine Perle; 2 Tage nachher Husten mit Erstickungsanfällen. Die Anfangs verweigerte Tracheotomie wurde später wegen der sich wiederholenden Erstickungsanfälle gestattet und von v. Winiwarter vorgenommen, worauf die Perle ausgehustet wurde. Nach 7 Tagen Entfernung der Canüle und Heilung.

BAYER.

92) **E. C. Janeway. Ein seltener Anlass zu einem plötzlichen Todesfall. (A rare cause of sudden death.)** *N.-Y. Med. Journal. 28. März 1885.*

Ein Kind von $2^1/_2$ Jahren starb plötzlich, während es mit seinem Vater auf der Strasse ging. Es befand sich rechts hinter dem Sternum ein Drüsenpaquet, welches eine mässige Trachealstenose bewirkte und oberhalb der Bifurcation der Trachea ein Ulcus, in welchem eine käsige Drüse lag, die locker unten in der Trachea gefunden wurde, wo sie den Lufteintritt abgesperrt und dadurch den Tod herbeigeführt hatte.

LEFFERTS.

93) **Ferdinand Petersen** (Kiel). **Verstopfung der Trachea durch eine verkäste und gelöste Bronchialdrüse. Heilung nach Tracheotomie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 10. S. 145. 1885.*

Bei einem 6jährigen Mädchen wurde in extremis die Tracheotomie gemacht. Ein in die Trachea eingeführtes elastisches Bougie brachte krümliche Käsemassen heraus. Nun wurden mit einem abgeschnittenen Nelaton-Catheter grössere Massen

herausgeholt, andere ausgehustet, darunter ein bohnengrosses Stück und Heilung erzielt. B. FRAENKEL.

94) **Percy Kidd** (London). **Impaction einer verkästen Drüse in der Trachea und plötzlicher Tod. (Caseous gland impacted in the trachea and causing sudden death.)** *Brit. Med. Journal. 28. Februar 1885.*

Der interessante Fall giebt eine vorzügliche Ergänzung der in diesem Centralblatt (Jahrgang I., No. 5, Referat 40, und No. 9, Referat 60) schon früher und vorstehend referirten Beispiele von Druck verkäster Lymphdrüsen auf die Trachea. Das Specimen wurde der Londoner pathologischen Gesellschaft am 17. Februar 1885 vorgelegt.

Der Pat. war ein 7jähriger Knabe, der an croupartigem Husten und gelegentlich an stridulösem Athmen während des Lebens litt. Es wurde indessen keine Untersuchung angestellt. In einer Nacht erwachte er plötzlich, nachdem er tagsüber munter umhergelaufen war und über kein beängstigendes Symptom geklagt hatte, schreiend, hustend und nach Athem ringend. 10 Minuten später war er eine Leiche. Bei der Autopsie zeigte es sich, dass alle Mediastinaldrüsen, besonders aber die vor der Trachea gelegenen, vergrössert und verkäst waren. Das untere Ende der Luftröhre war durch eine ovale, theilweise erweichte, verkäste Drüse verstopft, welche durch eine gerade oberhalb des Ursprungs des linken Bronchus gelegene ulcerirte Oeffnung in der vorderen Wand der Trachea in letztere hineingelangt war. Die Perforationsöffnung führte in einen eingekapselten vor der Trachea liegenden Raum, der verkästen Detritus und Spuren von Drüsengewebe enthielt. Die oberen Lungenlappen enthielten einige wenige Miliartuberkel, waren aber im Uebrigen gesund. Das Herz war fest contrahirt und de facto leer; es war, ebenso wie alle übrigen Viscera, völlig gesund. Auffallend war, dass die rechte Herzhälfte nach dem Tode nicht erweitert war, obwohl das Kind evident asphyctisch zu Grunde gegangen war. — In der Discussion gedachte Dr. Goodhart eines ähnlichen Falles bei einem 2½jährigen Kinde, das 6 Monate hindurch gelegentlich Anfälle von Dyspnoë hatte und in einem derselben asphyctisch zu Grunde ging. Der Leichenbefund war mit dem des Kidd'schen Falles fast völlig identisch. In einem dritten Falle mit ebenfalls tödtlichem Ausgange vermuthete Dr. Goodhart dieselbe Pathogenese, doch wurde keine Autopsie vorgenommen. SEMON.

f. Schilddrüse.

95) **N. Miller** (Moskau). **Angeborener Kropf und „Schulkropf". (Sob w detskom i scholnom wosraste.)** *Trudi obtsch. russ. wratschei w Moskwe. II. 1884.*

Nach einer ausführlichen Beschreibung der Anatomie und Physiologie der Glandula thyreoidea, die übrigens nur Bekanntes wiedergiebt, theilt Verf. 2 Fälle von Struma congenit. mit. Der eine (Struma hyperplast.), von der Grösse einer halben Wallnuss, schwand im Verlaufe von 4 Wochen nach äusserlichem Gebrauche von Jod. Der zweite (Hyperaemia glandulae thyreoid.), von der Grösse einer Kirsche, vereiterte, als ein vom Nabel ausgehendes Erysipel sich auf den Hals ausbreitete. Wie selten der angeborene Kropf in Moskau vorkommt,

sieht man daraus, dass unter 150,000 Kindern, die ins Moskau'sche Findelhaus in den letzten 14 Jahren aufgenommen waren, nur die 2 beschriebenen Fälle von Struma cong. vorkamen.

Bei 715 Schulkindern (Mädchen) fand M. 81 Schulkröpfe, also in 12 pCt., und nur bei 11 von diesen 81 Kindern erreichte der Kropf eine ansehnliche Grösse. M. fand, dass die Kröpfe während der Examina*) und der langen Fasten stets an Grösse zunahmen, während der Sommerferien sich aber verkleinerten. Die mit einer Struma behafteten Mädchen zeigten mehr oder weniger Symptome von Anämie, und häufig litten sie an Menstruationsstörungen. Ausser der diätetischen Behandlung empfiehlt M. äusserlich Jod, innerlich Sol. Fowleri; auch von der localen Application des faradischen Stromes will er einige Wirkung bemerkt haben.

LUNIN.

96) **Carl J. Rosander** (Stockholm). **Ueber Jodbehandlung bei Struma. (Om Jodbehandling för Struma.)** *Nordisk medicinsk Archiv. B. XVI. No. 23.*

Struma ist selten in Schweden, und gewöhnlich gutartig. R. nimmt in Schweden keine allgemeine ätiologische Ursache an; die Krankheit tritt ganz sporadisch in den verschiedenen Gegenden auf; sie kann sich nach dem 50. Jahr entwickeln. Die Kröpfe werden nach ihren pathologisch-anatomischen Eigenschaften in einfache Hypertrophien, folliculäre, colloïde, fibröse, cystische und vasculäre eingetheilt; nur die klinischen Eigenschaften der verschiedenen Formen geben Indicationen für die Behandlungsweise im gegebenen Fall an. R. hat nie eine „Cachexia strumipriva" nach dem Verschwinden der Struma durch Jodbehandlung sich entwickeln gesehen. Die Exstirpation darf nicht vorgenommen werden, wenn der Tumor nicht das Leben bedroht oder es unerträglich macht.

116 Fälle hat R. mit Jod behandelt. Von diesen sind 53 mit Jod innerlich behandelt. (R. giebt den Patienten folgende Lösung: Jod 1,00, Jodati kalici 2,00. Aqua dest. 100, und lässt davon den Patienten 12 Tropfen, steigend bis 15—20 Tropfen, in einem halben Glase Wasser 3 Mal täglich nehmen.) In 53 Fällen wurde Jod in die Geschwulst injicirt; 10 Fälle von Struma cystica wurden mit Punction, Evacuation und Jodinjection behandelt.

Ein Fall ist noch unter Behandlung. Bei den übrigen 115 Fällen ist immer ein gutes Resultat durch die Jodbehandlung gewonnen, und letztere ist jedenfalls in den Gegenden, wo die Struma nicht endemisch auftritt, eine sehr empfehlenswerthe Therapie.

SCHMIEGELOW.

97) **W. J. Tivy** (Bristol). **Kropfbehandlung mittelst Jodeinspritzungen. (Treatment of goitre by injections of iodine.)** *Brit. Med. Journal 28. März. 25. April 1885.*

98) **Felix Semon** (London). **Briefe an den Redacteur des Brit. Med. Journal unter demselben Titel.** *Ibidem. 4. April und 1. Mai 1885.*

In seinen interessanten Vorträgen über die Physiologie der Schilddrüse

*) In allen öffentlichen Schulen Russlands müssen die Schüler resp. Schülerinnen jedes Jahr im Mai sich einem Examen unterziehen, von dem es abhängt, ob sie in eine höhere Classe hinübergeführt werden oder nicht.

(s. Centralblatt, II. Jahrg., 1885/86, No. 1) hatte Horsley den Satz aufgestellt: „Es giebt allerdings nur eine einzige Gefahr bei einfachen Jodeinspritzungen in Kröpfe, aber diese ist eine äusserst ernste — nämlich plötzlicher Tod.“ — Tivy fürchtet, dass dieser Satz viele Aerzte abschrecken könnte, sich dieser Methode zu bedienen, die er selbst eine „äusserst erfolgreiche, schnell wirksame und gefahrlose“ nennt. Er publicirt daher seine eigenen Resultate, die er bei 33 mittelst dieser Methode behandelten, adenomatösen Kröpfen, in welche in Summa 290 Injectionen gemacht wurden, erzielt hat, und die in jeder Beziehung äusserst zufriedenstellend genannt werden müssen. Sein Vorgehen unterscheidet sich nicht von dem allgemein gebräuchlichen. Auf Grund seiner ausnahmslos günstigen Resultate glaubt er sich zu dem Ausspruche berechtigt, dass die Methode eine „durchaus gefahrlose“ (most safe) ist.

Dem gegenüber weist der Referent an der Hand der Literatur der letzten Jahre nach, dass allerdings sehr reelle, ernste Gefahren bei der Anwendung der Methode der parenchymatösen Injection selbst in den Händen der erfahrensten Operateure an den Tag getreten sind, und zwar nicht nur 1) die schon von Horsley erwähnte Gefahr plötzlichen Todes während oder wenige Stunden nach der Operation, sondern auch 2) die Gefahr der Vereiterung und Verjauchung des Kropfes und 3) die Gefahr dauernder einseitiger oder doppelseitiger Stimmbandlähmung in Folge von Verletzung der motorischen Kehlkopfnerven. Die Actualität aller dieser Gefahren wird durch Citate aus den Arbeiten von E. Rose, Mackenzie, Sommerbrodt, Paul Bruns, Moritz Schmidt und E. Seitz belegt. Als Motiv seiner Erwiderung bezeichnet der Referent nicht etwa den Wunsch, die in geeigneten Fällen sehr wirksame Methode zu discreditiren, sondern seine Ueberzeugung, dass es im Interesse der Aerzte wie des Publicums durchaus unrichtig sei, die Realität des unläugbar vorhandenen Risikos in Abrede zu stellen und die Aerzte in ein Gefühl falscher Sicherheit einzulullen. Hinsichtlich der trotz dieser Erklärung sich anschliessenden Controverse muss auf die Originalbriefe Mr. Tivy's und des Referenten verwiesen werden.

SEMON.

99) **Desprès** (Paris). **Schilddrüsencyste; Drainage. Rasche Heilung. (Kyste du corps thyroïde; drainage. Guérison rapide.)** *Gaz. des hôp. No. 66. 9. Juni 1885.*

Typischer Fall.

E. J. MOURE.

100) **Pugin Thornton** (Canterbury). **Ein ungewöhnliches Missgeschick bei der Behandlung des Cystenkropfs. (An unusual mishap in the treatment of goitre.)** *Lancet. 28. März 1885.*

Th. erzählt in einem Brief an den Redacteur der Lancet von einer zeitweiligen Verstopfung der Canüle, welche nach Injection von Ferrum sesquichloratum in die Cyste in derselben belassen war. Diese Verstopfung kam dadurch zu Stande, dass die Canüle aus dem rechts von der Trachea belegenen, grösseren Theil der Cyste ganz allmälig in den kleineren, links belegenen Theil hinübergeglitten war. Ein Ausfluss erfolgte nunmehr nur, wenn auch letzterer sich wieder gefüllt hatte oder man auf den rechts gelegenen Abschnitt des Kropfes drückte. Während der

Zeit, in welcher der Ausfluss sistirte, vergrösserte sich die Cyste stets, und die Vergrösserung verschwand, sobald die Flüssigkeit wieder einen Ausweg fand. — Nach Th. ist es gleichgültig, ob man den Liquor oder die Tinct. ferri perchloridi der Brit. Pharmac. als Injectionsflüssigkeit wählt. SEMON.

101) **A. Weiss** (Meiningen). **Ein neues Verfahren zur Heilung des Kropfes.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 2. S. 23. 1885.*

Mit einem pfriemförmigen Paquelinbrenner wird die Haut über dem Kropf in Abständen von 1 Ctm. horizontal von links nach rechts leise berührt. Unter der obersten Reihe kommt 1 Ctm. darunter eine zweite Reihe von Brandpunkten und so fort, bis man an der unteren Grenze der Geschwulst aufhört. Die gebrannten Stellen, kleine kreisrunde Flächen von 1—2 Mm. Durchmesser, bilden nach Abstossung des Brandschorfes ungefähr 6 Tage darauf eine röthliche Narbe von entsprechender Grösse. Anästhesirung und besondere Nachbehandlung unnöthig. Wiederholung der Procedur nach 6—8 Tagen. Je nach Alter, Grösse der Struma etc. sind 6—12 solcher Stigmatisirungen nöthig, um den Kropf verschwinden zu machen. Der interne Gebrauch von Jodkalium unterstützt die Cur, ist aber nicht erforderlich. Bei Cystenkröpfen macht man daneben zweckmässiger Weise ab und zu Punctionen. Verf. vermuthet, dass die Wirkung durch Uebertragung des Reizes eine Contractur der Gefässmusculatur hervorrufe und hat dieselbe Cur auch gegen Kehlkopfs- und Trachealcatarrhe mit Erfolg angewandt.

B. FRAENKEL.

102) **Zesas** (Bern). **Ueber Thyreoiditis und Strumitis bei Malaria.** *Centralblatt für Chirurgie. No. 30. 1885.*

Die Malaria befällt nicht nur die gesunde Schilddrüse, sondern auch die schon entartete. Der Infectionsstoff gelangt offenbar durch das Blut in die Thyreoidea und erzeugt dort Entzündung, zuweilen mit Vereiterung. Die beste Medication sind grosse Dosen (1,5—3,0) Chinin. SCHECH.

103) **Alfred Kohn** (Wien). **Ueber Strumitis und Thyreoiditis.** *A. Wiener med. Zeitung. No. 14, 15, 17, 19, 21 u. 22. 1885.*

Nach kurzer Besprechung der Literatur giebt K. die Krankheitsgeschichten von 7 Fällen, welche auf der Klinik von Prof. Albert beobachtet wurden, und lässt dann eine eingehende Beschreibung der Krankheit folgen. Die Entzündung kann entweder diffus oder in Form von umschriebenen Herden auftreten; sie führt oft zur Eiterung oder Jauchung und Necrotisirung einzelner Stücke; fast immer findet man Micrococcen im Eiter vor. Als ätiologische Momente werden Traumen, Metastasen angeführt; Kocher's Ansicht, dass es sich bei den spontanen Fällen um Einwanderung von Microorganismen vom Magen, Darm, den Luftwegen oder den weiblichen Genitalien her handle, wird als zu weit gehend angesehen, wenn auch die Mitbetheiligung der Microorganismen in solchen Fällen nicht geleugnet wird. Am häufigsten entsteht Entzündung in einer strumös entarteten Schilddrüse; seltener in der gesunden. Die acute Strumitis tritt unter heftigem Fieber auf, worauf Anschwellung des Halses folgt mit Schling- und Athembeschwerden; diese können allmälig schwinden ohne Eiterung oder es kommt zur Eiterung; der

Eiter kann nach aussen durchbrechen oder in die Halsfascien sich verbreiten und daselbst sogar grosse Arterien arrodiren. Die subacute Strumitis verläuft viel milder, und die chronische fast ohne Symptome.

Die Prognose ist zweifelhaft (auf 81 Fälle 17 letale Ausgänge). Die Gefahren werden bedingt durch Compression der Luftröhre, Eiterdurchbruch, Phlegmone colli, Arrosion der Gefässe. Metastatische Strumitiden haben eine sehr ungünstige Prognose.

Die Differentialdiagnose von Blutergüssen, Cysten, Sarcomen und Carcinomen glandulae thyreoideae und Halsphlegmonen wird des Weiteren besprochen.

Die Therapie besteht in Antiphlogose und nach Kocher in Einspritzungen von 5proc. Carbolsäure. Hat Eiterung begonnen, so muss so bald als möglich eine ausgiebige Incision gemacht werden, bei tiefer liegenden Abscessen mit Hülfe des Thermocauters. Eine vereiternde Cyste wird exstirpirt. Athembeschwerden müssen durch Tracheotomie behoben werden. Bei starken Blutungen unterbindet man die Carotis.

CHIARI.

104) **Meinert** (Dresden). **Ein Fall von Echinococcus der Schilddrüse.** *Centralblatt für Chirurgie. No. 14. 1885.*

Der Fall betrifft die 14jähr. Tochter eines mehrere Hunde haltenden Fleischers, die wahrscheinlich unmittelbar nach der Eröffnung eines Abscesses am Halse durch das Belecken der Wunde inficirt worden war.

Sichere Fälle von Echinococcus in der Schilddrüse sind bisher nicht constatirt.

SCHECH.

105) **Oser** (Wien). **Echinococcus der Schilddrüse.** *Wiener med. Blätter. No. 50. 1884.*

Es handelte sich um eine ganseigrosse, fluctuirende, nicht schmerzhafte Geschwulst in der rechten vorderen Halsgegend; diese Geschwulst stand mit der Schilddrüse in Verbindung. Prof. Salzer punktirte sie und fand in der eitrigen Flüssigkeit viele Echinococcusblasen. Unter Drainage heilte die Cyste nach 38 Tagen aus.

CHIARI.

g. Oesophagus.

106) **Chiene** (Edinburgh). **Oesophagostomie.** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1885.*

Ch. zeigte in der Sitzung der Edinburgher Med.-Chir. Society vom 3. December 1884 eine 32jähr. Frau, an welcher er wegen einer im Oesophagus gerade hinter dem Larynx sitzenden Geschwulst zweifelhafter (nicht syphilitischer) Natur erfolgreich eine Oesophagusfistel angelegt hatte. Er glaubte, die Technik der Operation dadurch verbessert zu haben, dass er die vorderen Fasern des Kopfnickers und die hinteren Fasern des Sterno-hyoideus und Sterno-thyreoideus incidirt hatte. Hierdurch sei leichterer Zugang zum Oesophagus geschaffen, und auch in Folge der Verringerung der Spannung das Einnähen der Schleimhaut in die Haut erleichtert worden. Seit der Operation hatte sich der Tumor verkleinert, und das Gesammtbefinden der Patientin so gehoben, dass man an den Versuch

denken konnte, die Geschwulst operativ zu entfernen. Die Fütterung durch die Fistel gehe leicht von statten, nur die Abwesenheit von Speichel sei störend.

SEMON.

107) Chiene (Edinburgh). **Tumor, theilweise den Oesophagus, Pharynx und Larynx involvirend. (Tumour involving part of the oesophagus, pharynx and larynx.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1885.*

Das Specimen wurde von Mac Gillivray der Edinb. Med. Chir. Soc. in der Sitzung vom 7. Januar 1885 vorgelegt. Nach Ausführung der Oesophagostomie war die Patientin entlassen worden, um Kräfte zu sammeln, ehe (vergl. das vorhergehende Referat) die Exstirpation des Tumors vorgenommen würde. Sie kehrte schon nach wenigen Tagen wegen eingetretener Athembeschwerden in's Hospital zurück. Die von Chiene proponirte einfache Tracheotomie wurde von der Pat. zurückgewiesen und bestand sie auf der Vornahme einer Radicaloperatien, obwohl ihr die Gefahren einer solchen klar auseinandergesetzt wurden. Die Operation begann mit der Vornahme der hohen Tracheotomie. Dann wurde die oesophagostomische Wunde wieder geöffnet und weiter nach oben verlängert, der Sternocleidomastoideus und die Gefässe zur Seite geschoben, der Oesophagus quer durchschnitten und sein unteres Ende an der Haut festgenäht. Sein oberes Ende und die afficirten hinteren und seitlichen Abschnitte des Pharynx wurden dann von der Trachea und den Wirbelkörpern abgelöst. Da sich der Larynx ebenfalls afficirt zeigte, wurde eine Incision von dem oberen Ende der Oesophaguswunde am Zungenbein entlang geführt, und der Larynx entfernt. Das untere Trachealende wurde dann an der Haut festgenäht. Der Zustand der Patientin zur Zeit der Mittheilung war nicht sehr befriedigend; es war Pneumonie aufgetreten, — wie man glaubte in Folge des Eindringens von Wundsecret in die Lunge. SEMON.

108) G. Lawson (London). **Ein Fall von erfolgreicher Oesophagotomie. (A case of successful oesophagotomy.)** *Brit. Med. Journal. 30. Mai 1885.*

109) Lediard (Carlisle). **Ein Fall von Oesophagotomie. (A case of oesophagotomie.)** *Ibidem.*

Beide Fälle wurden in der Sitzung der Clinical Society of London vom 22. Mai 1885 berichtet. In beiden Fällen handelte es sich um verschluckte Gebisse. Während aber im ersten Falle nach manchen Schwierigkeiten — über welche das Nähere im Original nachzulesen ist — das Gebiss entfernt wurde (die Patientin genas) konnte in Lediard's Falle der 24 Stunden vorher verschluckte Fremdkörper nicht gefunden werden. Derselbe war vielmehr — wie L. meint: während der Vorbereitungen zur Operation — weiter abwärts geglitten und wurde 19 Tage nach dem Unfall per anum entleert. Auch in diesem Fall erfolgte Genesung.

In der Discussion hob der Präsident, Mr. Bryant, hervor, dass aus Lediard's Fall die Lection zu abstrahiren sei: sich nicht zu sehr mit Vornahme der Operation zu übereilen. Er selbst habe kürzlich einen Fall gesehen, in welchem ein grösseres Gebiss, als das in dem Lediard'schen Falle verschluckte, 8 Tage nach der Impaction per anum abgegangen sei. Freilich dürfe man andererseits die Operation nicht zu lange herausschieben. SEMON.

110) **Bennett May** und **William J. Notley** (Birmingham). **Erfolgreiche Oesophagotomie behufs Entfernung eines 3 Jahre früher verschluckten Halfpenny.** *Lancet. 16. und 23. Mai 1885.*

In den „Editorial Annotations" der Lancet findet sich (p. 908) ein kurzer Bericht über diesen glänzenden Erfolg. Das Geldstück wurde bei der Operation ausserhalb der Speiseröhre, zwischen derselben und der Luftröhre resp. dem rechten Bronchus, in der Höhe des oberen Theils des Sternums entdeckt und entfernt. Nach der Operation zeigte es sich, dass Luft- und Speisewege mit einander communicirten. Die Ernährung bot beträchtliche Schwierigkeiten, doch gelang schliesslich die Einführung von rohen Eiern und Cognac in Milch durch einen in den Magen hinabgeführten, elastischen Catheter. Zur Zeit des Berichts, 16 Tage nach der Operation, befand sich der Patient, ein siebenjähriger Knabe, der drei Jahre lang an Dyspnoë und Dysphagie gelitten hatte, in voller Reconvalescenz. — In der Nummer der Lancet vom 23. Mai giebt Notley eine ausführlichere Vorgeschichte des Falle, die indessen nichts besonders Bemerkenswerthes enthält.

SEMON.

111) **Charles Gross** (Newington). **Ein Fall von Schwertverschlucken. Tod in Folge von Verletzung des Oesophagus. Autopsie. Bemerkungen.** (**Case of sword swallowing. Death from injury to the oesophagus. Necropsy. Remarks.**) *Lancet. 7. Februar 1885.*

Ein 33jähriger Jongleur, zu dessen gewohnheitsmässigen Kunststücken das „Schwertverschlucken" gehörte, verletzte sich innerlich am 15. Januar 1885 während der Ausübung dieser Programm-Nummer. Blutspeien, Schmerzen im Halse und in den Speisewegen, Schlingbeschwerden, Schwellung des Halses, Delirien traten auf, und schon 5 Tage später erfolgte plötzlich der Tod. — Bei der Obduction zeigte sich der Oesophagus fast in seiner ganzen Länge dilatirt, seine Wandungen verdickt, das Rohr selbst vom Pharynx bis zum Diaphragma abwärts von einer eitrigen Infiltration umgeben, die auch die äussere Schicht des Rohrs selbst involvirte. Eine perforirende Wunde war nicht zu entdecken, nur oben und hinten eine leichte Excoriation. Unterhalb der Bifurcation der Trachea verlief der linke Vagus durch den Periösophagealabscess. In den anderen Organen nichts Besonderes.

Der Tod erfolgte nach G.'s Ansicht an Syncope. Die Veränderungen der Speiseröhre in ihrer Umgebung sieht er als allmälig producirt an. Anhangsweise giebt der Verf. eine recht interessante Schilderung der Art und Weise, wie das Schwertverschlucken ausgeführt wird (zwei Collegen des Verstorbenen demonstrirten ihm die Sache ad oculos), der zu dem Kunststück benutzten Schwerter, und einen kurzen Bericht von einem im Londoner St. Thomas-Hospital beobachteten, dem seinen ähnlichen, aber glücklich verlaufenen Falle. SEMON.

112) **A. L. Kelly** (Glasgow). **Fälle von Verschlucken von Fremdkörpern.** (**Notes on cases of swallowing foreign substances.**) *Glasgow Med. Journ. Januar 1885.*

In sämmtlichen mitgetheilten sieben Fällen wurden die Fremdkörper (künstliches Gebiss, Spielzeug, Oesen, Geldstück etc.) nach Verordnung einhüllender trockner Diät und bei Vermeidung der Darreichung von Purgantien im Verlaufe weniger Tage per vias naturales entleert. SEMON.

113) **J. Thompson** (Nottingham). **Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign bodies in the oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 28. Februar 1885.*

Kurze und wenig befriedigende Mittheilung zweier Fälle, in deren einem ein Gebiss mit zwei Zähnen 17 Tage lang im Oesophagus verblieb und dann spontan „ausgeräuspert" wurde, und in deren zweitem ein ähnliches Gebiss wenige Minuten nach dem Verschlucken mit der Zange entfernt wurde. SEMON.

II. Kritiken und Besprechungen.

a) **H. Krause** (Berlin). **Untersuchungen und Studien über Contracturen der Stimmbandmuskeln.** *Virchow's Archiv. Bd. 98. Heft 2. S. 294.*

Die Räthsel, welche das als Lähmung der Cricoarytaenoidei postici beschriebene Krankheitsbild immer noch bietet, haben Kr. veranlasst, ihre Lösung auf experimentellem Wege zu suchen. Ueber die Ergebnisse und Deutung seiner Versuche hatte er bereits in der physiologischen Gesellschaft zu Berlin (Jahrg. 1883/84, No. 17 und 18) und auf dem internationalen Congress zu Kopenhagen berichtet (cfr. d. Bl. I. Jahrg. p. 133). Jetzt liegt nun die ausführliche Mittheilung vor, von welcher Kr. in der Deutschen Medicinischen Wochenschr., 1884, p. 762, ein vom Referenten zum Theil benutztes Autoreferat giebt. Seine im physiologischen Laboratorium von H. Munk angestellten Versuche zerfallen in 2 Abtheilungen: 1. Reizungsversuche mittelst der Electricität. a) Auf Reizung des peripherischen Endes des Recurrens erfolgt Adduction des gleichseitigen Stimmbandes. b) Reizung des centralen Endes des N. laryngeus super. mit Erhaltung seines äusseren Astes ergiebt festen Schluss der Glottis. c) Reizung des centralen Endes des Vagus ergiebt Inspirationsstellung des gegenüberliegenden Stimmbandes.

2. Versuche, die den Zweck haben, den beim Menschen beobachteten Process experimentell beim Hunde nachzuahmen. Nach vielfachen vergeblichen Versuchen gelang es, den gewünschten Erfolg auf folgende Weise zu erlangen: Ein schmales Gummiband oder eine in Wasser erweichte Violindarmsaite wurde beiderseitig unter den vorsichtig isolirten Recurrens — gleichgültig an welcher Stelle seines Verlaufes vom Manubrium sterni bis zum Ringknorpel — geschoben, und um diesen wie um ein Korkstück so locker gebunden, dass der Kork bequem verschieblich in der Schlinge lag. Bald nach dieser Operation traten bei völlig normalen Excursionen vibrirende Zuckungen in den Stimmbändern auf, zuweilen blieben die letzteren bei intendirter Adduction schon etwas länger in dieser Stellung als vor der Operation; immer aber erfolgten die Auswärtsbewegungen noch kräftig und regelmässig. Später begann das Thier stridulös zu athmen. Dies ging bald vorüber, und 24 Stunden nach der Operation athmete das Thier in der Ruhe ohne auffällige Veränderung. Laryngoscopirte man jetzt jedoch, so waren die eingetretenen Veränderungen sofort in die Augen springend: die Stimmbänder stehen dauernd fest in Medianstellung. Die Aneinanderlagerung der Stimmbänder ist am stärksten während der Inspiration, wobei nur ein äusserst schmaler Spalt in der Glottis cart. bleibt. Mehrere

Male hatte es sich ereignet, dass der Kork aus der Schlinge herausgefallen war. In solchen Fällen trat trotz hochgradiger Entzündungserscheinungen am Nerven und seinen Hüllen das bemerkenswerthe Factum ein, dass nun die Bewegungsfähigkeit des betreffenden Stimmbandes nach aussen oder innen gar nicht oder doch — nach beiden Seiten gleichmässig — nur in sehr geringem Maasse behindert war. Wurde der Kork wieder eingelegt, so trat die tonische Contraction sehr bald wieder ein. Nach den erwähnten Versuchsresultaten ist nach Kr. der erzielte Effect als eine Reizerscheinung aufzufassen, hervorgerufen durch den bei mässigem Drucke als mechanischer Reiz wirkenden Kork. Zur Beibringung weiterer Beweise für diese Auffassung wurde das gleiche Experiment mit gleichem Erfolge noch am durchschnittenen Recurrens und weiter am Vagus ausgeführt. Im letzteren Experiment zeigte sich das gleichseitige Stimmband — entsprechend der electrischen Reizwirkung — in dauernder ruhiger Inspirationsstellung feststehend. Die beschriebenen Erscheinungen konnten an beiden Nerven 2—5 Tage andauernd beobachtet werden, nach welcher Zeit totale Lähmung der Stimmbänder eintrat. Die anatomische Untersuchung zeigte den Nerven in allen Stadien der Entzündung.

Der künstlich erzeugte Process ist nach Kr. anzusehen als eine primäre neuropathische Contractur im Sinne Erb's, Eulenburg's, Seeligmüller's u. A., d. h. als eine primär entstandene andauernde Verkürzung (tonische Contraction) der Glottisverengerer, hervorgerufen durch einen, den Recurrens treffenden peripherischen Reiz.

In einem zweiten Theile der Arbeit sucht Verf. nachzuweisen, dass die Beschreibungen und Untersuchungen anderer Autoren über die in Rede stehende Krankheit des Menschen sich leichter erklären lassen, wenn man mit ihm eine Contractur der Adductoren und nicht, wie bisher üblich, eine Posticuslähmung dem Krankheitsbilde supponirt. Er kommt dabei zu dem Schluss, dass die ruhige Respirationsstellung der Stimmbänder als von einem Reflextonus abhängig anzusehen ist. Wir wüssten nämlich durch J. Rosenthal's Untersuchungen, dass beide Vagi sich dauernd im Zustande der Erregung befinden. Da nun der Kehlkopf, dessen wir nur für die Phonation bedürften, für die Athmung ein dauerndes Hinderniss, sowohl für die In- wie für die Exspiration, bilde, so müsse dieses Hinderniss dauernd beseitigt werden, und dies geschähe durch die tonische Contraction der Mm. postici, welche reflectorisch hervorgerufen werde durch die dauernde Erregung der Vagi, und auch in der Exspiration nicht ganz aufhöre.

Ref. glaubt sich auf diese kurze Wiedergabe der interessanten und geistreichen Arbeit um so mehr beschränken zu können, als dieselbe zu denjenigen gehört, die zu wichtig sind, um nicht von jedem Laryngoscopiker im Original nachgelesen werden zu müssen. Dagegen möchte Ref. der Frage näher treten, ob die Ausführungen des Verf.'s überzeugend genug sind, um uns zu zwingen, unsere bisherigen Ansichten über das in Rede stehende Krankheitsbild fundamental zu verändern. Müssen wir wirklich in einer grossen Reihe von Fällen aufhören, das, was wir bisher eine Posticuslähmung genannt haben, fernerhin als eine solche zu betrachten, und mit dem Verf. von einer „Contractur der Stimmbandmuskeln“ sprechen? Ref. vindicirt sich dabei nicht das Recht, die Ergebnisse der Experi-

mente des Verf.'s selbst anzuzweifeln. Dies darf nur Derjenige thun, der dieselben nachmacht. Aber es steht Jedem frei, Kritik an die Schlüsse zu legen, die Verf. aus seinen Experimenten zieht. Da drängt sich nun zunächst die Frage auf, ist das, was der Verf. experimentell am Hunde erzeugt hat, in der That als eine Contractur der Glottisschliesser zu bezeichnen? Die primäre neuropathische Contractur gehört im Gegensatz zu der paralytischen zu den seltensten Krankheiten, die dem Neurologen vorkommen, sie ist einstweilen noch ein viel umstrittenes Gebiet, und experimentell nicht erzeugt. Man muss deshalb stricte, andere Erklärungsversuche ausschliessende Beweise beibringen, bevor man berechtigt ist, diesen Zustand anzunehmen. Nun ist aber die neuropathische Contractur ein sich langsam ausbildender Zustand; eine neuropathische Contractur, die sich, wie in den Experimenten des Verf.'s, innerhalb 24 Stunden entwickelte, wäre ein vollkommenes Novum. Reichte schon dieser Umstand aus, Zweifel hervorzurufen, so ist bei der Annahme einer Contractur, der Leichenbefund des Verf.'s, was die Mm. cric. arytänoidei postici anlangt, unerklärlich. Während die Adductoren nämlich nach Verf. „sich wohlerhalten zeigten, fanden sich in diesen Muskeln mehrfach Fasern mit leichter Trübung und undeutlich werdender Querstreifung“ (p. 308). Die Sectionen wurden spätestens 5 Tage nach dem Experiment gemacht und ist es deshalb unthunlich, diese so früh eintretende Veränderung der Postici aus der Contractur ihrer Antagonisten erklären zu wollen. Das Raisonnement des Verf.'s beruht überdies auf der Annahme, dass die Verengerer der Glottis ein Uebergewicht über die Erweiterer haben, eine Annahme, für die er ein neues Beweismoment beibringt. Er führt nämlich an, dass die Glottis in der Leichenstarre fest geschlossen sei. Selbst wenn sich diese von dem Hergebrachten abweichende Beobachtung bestätigen sollte, kann Ref. darin keinen Beweis für das supponirte Uebergewicht der Adductoren erkennen. Verf. führt bei den electrischen Reizversuchen am Recurrens an, dass der hierdurch erzielte Glottisschluss sich „trotz Fortdauer der Reizung bei der nächsten Inspirationsbewegung löse“ (p. 297). Es ist diese Thatsache nicht zu erklären, wenn man auch bei vermehrtem inspiratorischen Reiz ein Uebergewicht der Adductoren über die Postici annimmt. Wäre ein solches vorhanden, so könnten Selbstmörder des Strickes entbehren, sie brauchten bloss die Glottisschliesser in Thätigkeit zu setzen, um sich vom Leben zum Tode zu bringen. Fällt aber, wenigstens bei vermehrtem inspiratorischen Reiz, das Uebergewicht der Adductoren fort, so ist nicht mehr einzusehen, wie durch eine „Contractur“ eine Juxtaposition der Stimmbänder erzeugt werden soll. Warum wirkt der die Contractur erzeugende Reiz des Recurrens nicht auch auf die Postici? Warum bloss auf die Adductoren? Wir vermehren mit der Annahme einer Contractur die Räthsel der Beobachtungen und bringen damit keine Erklärung, die unser Causalitätsbewusstsein befriedigte. Dies zeigt sich auch, wenn wir die Versuche des Verf.'s am Vagus betrachten. Die electrische Reizung geschah am centralen Ende des durchschnittenen Vagus, die Reizversuche mit dem Kork am intacten Vagus. Beide bringen dasselbe Resultat hervor, nämlich Inspirationsstellung des Stimmbandes. Dass bei Reizversuchen am durchschnittenen Vagus das Stimmband der gegenüberliegenden Seite abducirt ist, begründet selbstverständlich keinen wesentlichen Unterschied. Da

nun in dem intacten Vagus, der gereizt wird, der Recurrens erhalten ist, ist es durchaus unerklärlich, warum der Reiz nur centripetal wirken soll, warum nicht auch die Recurrensfasern mitgereizt werden. In diesem Falle müsste aber wieder Juxtaposition der Stimmbänder eintreten. Ref. ist also ausser Stande, dem Verf. darin beizupflichten, dass der von ihm experimentell beim Hunde erzeugte Zustand als eine „neuropathische Contractur" zu betrachten ist.

Dass aber der Zustand, den wir beim Menschen beobachten und mit dem Namen der Posticuslähmung bezeichnen, keine Contractur ist, ergiebt der Augenschein. Hier sind die Stimmbänder schlaff und nicht gespannt. Wenn der Pat. phonirt, spannen sie sich an; hört er auf zu phoniren, so erschlaffen sie und weichen so weit lateralwärts, als ihre Elasticität dies zu Wege bringt: es fehlt nur eine Kraft, die die Processus vocales weiter nach aussen bewegt. Namentlich bei einseitiger Posticuslähmung lässt sich dies vortrefflich beobachten. Wir haben es deshalb mit einer Ausfallserscheinung zu thun. Erst ganz spät, oft erst nach vielen Jahren, stellt sich die secundäre, aus der Paralyse der Antagonisten entstehende Contractur der Schliesser ein, die dann die zur Suffocation führende Stenose bedingt. Dieses Krankheitsbild tritt aber beim Menschen ein, gleichgültig ob der Druck auf den Recurrens oder den Vagus wirkt, eine Thatsache, die an und für sich ausreichen würde, die Uebertragung der Schlüsse, die Verf. aus seinen Experimenten zieht, auf die beim Menschen beobachtete Krankheit zu verbieten.

Ref. muss sich des Raumes wegen hier auf diese kurzen kritischen Bemerkungen beschränken. Dagegen möchte er die Feder nicht aus der Hand legen, ohne an Versuche zu erinnern, welche einen Fingerzeig zur Erklärung sowohl des Semon'schen Gesetzes in Bezug auf die Vorneigung der Abductorenfasern zu erkranken, wie der Ergebnisse der Experimente des Verf. ungezwungen zu ergeben scheinen. Nach den von Zederbaum im hiesigen physiologischen Institut (Arch. f. Phys., 1883) angestellten Versuchen über Nervendruck ergiebt solcher „Verschwinden der Reflexerregbarkeit während des Anliegens der Klemme am Nerv mit Erhaltung der motorischen Erregbarkeit; Wiederkehr der ersteren nach Entfernung der Klemme, bis zur Norm". Setzen wir nun die besondere Erregung, welche den Tonus der Postici bedingt, für gleichwerthig mit der Reflexerregbarkeit, so geben die Zederbaum'schen Experimente den Schlüssel dafür ab, dass beim Druck auf den Recurrens und den Vagus die anderweitige motorische Erregbarkeit der Stimmbänder bestehen bleibt, während die reflectorisch erfolgende Erregbarkeit der Postici ausfällt. B. FRAENKEL.

b) **Ueber die chirurgische Behandlung asthmatischer Zustände.** Von dem Congress für innere Medicin in Wiesbaden.

Wir geben im Folgenden zwei Autoreferate über diejenigen Punkte des Congresses, die für die Leser dieses Blattes von besonderem Interesse sind.

I. In der zweiten Sitzung sprach Herr Hack (Freiburg) „Ueber die chirurgische Behandlung asthmatischer Zustände". Nach einer Uebersicht der früheren dieses Gebiet betreffenden Arbeiten, vor Allem der von Voltolini, Schäffer und B. Fränkel, und der seitdem erschienenen Publicationen über

die von der Nasenschleimhaut ausgehenden Reflexneurosen ging Redner über zur Präcisirung seines eigenen gegenwärtigen Standpunktes in dieser Frage. Seine Erfahrungen stützten sich auf ein Beobachtungsmaterial von nicht ganz 600 operirten Fällen, in denen Reflexneurosen entweder direct vorlagen oder doch vor nicht allzu langer Zeit in ausgesprochener Weise bestanden hatten. In diesen letzteren Fällen (81 Beobachtungen), in denen die Operation nur wegen der Obstruction der Nasenhöhle verlangt wurde, konnte klar nachgewiesen werden, dass mit der Zunahme der chronisch-hyperplastischen Rhinitis die Neurose, und zwar vorwiegend Asthma, spontan sich verloren hatte. Unter den wegen bestehender Neurose operirten Fällen betrafen fast 240 migräneähnliche Zustände, weit geringer war die Zahl der operirten Asthmatiker mit 87 Fällen. Der Vortragende kam zum Schluss, dass von allen Stellen, wo unter physiologischen Verhältnissen Schwellgewebe in der Nasenhöhle existirt, Neurosen unter einem keineswegs geklärten Erregungszustand ihren Ursprung nehmen können, welcher manchmal durch locale Affectionen, durch kleine Polypen, durch vom Septum ausgehende Knochenspangen, durch membranöse Synechien u. A. m. begünstigt werden kann, in anderen Fällen aber nur aus den Symptomen erschlossen werden muss, und unter diesen ist das wichtigste die auffallende Füllung der Schwellkörper. Redner scheidet immer noch streng zwischen den Formen, in denen nur das cavernöse Gewebe auffallend geschwellt und vielleicht auch hyperplastisch ist, und jenen Formen, in denen die eigentlichen Schleimhautbestandtheile sich hypertrophirt erweisen, wobei natürlich Uebergänge nach beiden Seiten möglich sind. Diese Scheidung ist in prognostischer Beziehung von grösster Bedeutung, denn gerade bei der chronischen Entzündung des Schleimhautüberzuges genügt manchmal die gewöhnliche Behandlung catarrhalischer Schleimhäute mit Adstringentien, ja hier und da einfach die Entfernung angesammelter Schleimmassen, um die Reflexe zum Schwinden zu bringen, während dem Vortragenden bis jetzt noch kein Fall von reiner Schwellkörpervergrösserung vorgekommen ist, in denen er die Operation umgehen konnte. Bezüglich der Endresultate seiner Operationen kann Vortragender nur über 62 Fälle referiren, da in den 25 übrigen Fällen ihm keine genügende Kenntniss des weiteren Verlaufes zukam. 33 dieser Fälle scheinen in so fern definitiv geheilt zu sein, als bis jetzt, trotzdem bei manchen Patienten fast 4 Jahre verflossen, kein Recidiv eingetreten ist. 17 Fälle sind erheblich gebessert, bei 12 hatte die Operation trotz ausgesprochener „nasaler“ Symptome keinen Erfolg gehabt. In den erfolglos operirten Fällen hatte das Leiden entweder sehr lange bestanden, oder es betraf ältere Individuen, oder Patienten mit tiefem Lungenleiden, oder Kranke mit evidenter hereditärer Belastung für neurotische Zustände. Redner betont aufs Entschiedenste, dass trotz „nasaler“ Symptome das Athmen noch von zahlreichen anderen Schleimhautpartien ausgelöst werden könne, und warnt ausdrücklich vor der drohenden Gefahr der Uebertreibung, den Einfluss der kranken Nasenschleimhaut auf das Asthma maasslos zu überschätzen. Sehr günstigen Einfluss hatte die Operation auf Combinationsformen des Asthmas mit nervösem Herzklopfen und dyspeptischen Zuständen, ferner auf unvollkommene Formen, in denen statt des Asthmaanfalles typische Angstzustände den Kranken quälten. Bezüglich der Technik der Operation betont Redner, dass nur

die gründliche Zerstörung des cavernösen Gewebes Aussicht auf dauernden Erfolg habe; häufig habe er zur grösseren Sicherheit in der letzten Zeit auch Theile der knöchernen Muscheln fortgenommen.

II. Sodann betheiligte sich Herr B. Fränkel (Berlin) an der durch die ausführlichen Referate der Herren Curschmann und Riegel eingeleiteten Debatte über Bronchialasthma in folgender Weise:

Herr B. Fränkel spricht seine Befriedigung darüber aus, dass das Nasenasthma nunmehr das Bürgerrecht in der Wissenschaft erhalten habe. Als er im Jahre 1881 seinen Vortrag „über den Zusammenhang von Asthma nervosum und Krankheiten der Nasenhöhle" gehalten habe, habe er bei der damaligen Anfechtung desselben kaum annehmen können, dass schon so bald die Existenz eines von der Nase aus reflectorisch erzeugten Asthmas allgemein anerkannt werden würde. Die Anfälle, die in solchen Fällen entständen, seien echtes Asthma und zeigten alle characteristischen Symptome desselben. Herr Riegel vermisse mit Recht die Beobachtung des Anfalles als solchen und des Sputums in der Mehrzahl der bisherigen Publicationen. Redner könne aber aus seinen inzwischen angestellten, noch nicht veröffentlichten Fällen constatiren, dass er Anfälle von Asthma durchaus characteristischer Art bei solchen Patienten, die später von der Nase aus geheilt wurden, gesehen habe. Ebenso habe er Sputumuntersuchungen gemacht und, wenn auch nicht constant, Leyden'sche Crystalle und Curschmann'sche Spiralen, letztere seltener als erstere, gefunden. Da beide Erscheinungen im Sputum auch bei Nasenasthma aufträten und nach Heilung des Asthmas von der Nase aus verschwänden, könne er weder die Crystalle noch die Spiralen für die Ursache des Asthmas halten. Er müsse vielmehr annehmen, dass dieselben secundär seien, dass nämlich durch den Process, der das Asthma bedinge, Veränderungen der Bronchialschleimhaut gesetzt würden, welche zur Bildung von Crystallen und Spiralen die Veranlassung gäben. Wo eine Complication von Asthma und Krankheiten der Nase vorhanden sei, sei es nach unserem jetzigen Wissen wahrscheinlich, dass die Nasenaffection das primäre, das Asthma das secundäre sei. Dass aber das Asthma in der That von der Nase aus reflectorisch entstände, dafür liesse sich in neuerer Zeit der directe Beweis beibringen. Es gelinge nämlich in manchen Fällen, den schon eingeleiteten Asthmaanfall durch Bepinseln der Nasenschleimhaut mit Cocain zu coupiren. Auf die Bedeutung des Schwellgewebes in der Nase wolle er nicht eingehen, da er den Vortrag des Herrn Hack über diesen Gegenstand nicht gehört habe, nur müsse Redner bemerken, dass er auch heute an seinem früheren Standpunkte festhalte, dass Nerven der Schleimhaut es seien, deren abnormer Erregungszustand den Reflex des Asthmaanfalles hervorrufe. Auch die Anfüllung des Schwellgewebes halte er für secundär, da sie bei Bepinselung der Schleimhaut mit Cocain vollkommen verschwände. Das Nasenasthma sei die in ihrem Zusammenhang durchsichtigste Form des Asthmas, und müsse deshalb die Theorie des Asthmas überhaupt nach ihr gestaltet werden. Er betrachte den Asthmaanfall als eine durch die Verengerung der Bronchien ausgelöste Verschiebung des Gleichgewichtes, wie es durch die Selbststeuerung der Lunge bedingt werde, nach Seiten der Inspiration hin. So käme namentlich die Lungenblähung

zu Stande. Dieselbe könne durch wiederholte Asthmaanfälle constant bleiben und schliesslich durch Verminderung der Elasticität des Gewebes und Untergang von Septis zum anatomischen Emphysem führen. Die Faradisation am Halse, wie sie Schäffer gegen den asthmatischen Anfall empfohlen habe, bringe es dahin, dass, wie Redner dies im Verein der Charité-Aerzte demonstrirt habe, die untere Lungengrenze um einen Intercostalraum heraufrücke.

c) G. L. Tornwaldt (Danzig). **Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraumkrankheiten.** Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1885.

Die Eingangsöffnung der Bursa pharyngea ist nach des Verf. Erfahrung rhinoscopisch bei Anwendung des Gaumenhakens bei fast jedem Menschen zu sehen und zwar als kreisförmiges Loch, ovale Grube oder trichterförmige Vertiefung ungefähr in der Mitte des Rachendaches zwischen oberem Rande der Choanen und Protuberantia atlantis. Da die Bursa pharyngea gewöhnlich mit enger Oeffnung und blind endigt, so ist sie häufig Sitz von Krankheiten. Diese Krankheiten stellen theils Catarrhe, d. h. Hypersecretionen vor, theils Cystenbildungen durch völligen Verschluss des Canals. Die Hypersecretion der Bursa pharyngea manifestirt sich durch den Ausfluss eines schleimigen oder eitrigen Secretes, welches die nach unten und hinten von der Bursa gelegene Partie des Rachendaches und der hinteren Rachenwand bedeckt. Zum Unterschied von Ozaena und diffusem Nasenrachencatarrh soll der Theil des Rachendaches, welcher zwischen der Oeffnung der Bursa und den Choanen liegt, in den nicht mit diesen Krankheiten complicirten Fällen von Secret frei bleiben. Die Cysten der Bursa pharyngea markiren sich als gelblich durchscheinende prominirende Geschwülste in der Mitte des Rachendaches. Die durch Catarrh und cystoide Entartung der Bursa pharyngea erzeugten Erscheinungen stimmen mit denen anderer Nasenrachenraum-Affectionen überein, namentlich auch im Auftreten gewisser Reflexneurosen und in entfernteren Organen sich abspielenden Symptomen; dazu gehören Veränderungen der Nasenschleimhaut, Ohrenaffectionen. Pharyng. granulosa, chronische Laryngitis, besonders mit Affection der Regio interaryt., Bronchialcatarrh, Magencatarrh, Husten, Asthma, Brustschmerz am Manubr. sterni, Kopfschmerz. Die Dauer der Erkrankungen der Bursa pharyngea ist unbegrenzt. Die Therapie besteht in Entfernung des angeklebten Secretes, Insufflation von Arg. nitr. 1,0 : 10,0, Einführung einer mit Arg. nitr. überzogenen Sonde in den Ausführungsgang der Bursa, Spaltung desselben mit dem Galvanocauter.

Palliativ empfiehlt sich gegen das Asthma die Faradisation der Vagi am Halse nach Schäffer, gegen Stirnkopfschmerz die Luftdouche nach Palitzer-Hartmann.

Die Details des sehr objectiv gehaltenen Büchleins, sowie die zahlreichen, äusserst belehrenden Krankengeschichten müssen im Original nachgelesen werden. Im Hinblick auf die Wichtigkeit der Sache wären baldige weitere Beobachtungen auch von anderer Seite sehr wünschenswerth; jedenfalls gebührt dem Verf. das Verdienst, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf ein Gebilde gelenkt zu haben, das bisher völlig ignorirt worden war.

SCHECH.

III. Briefkasten.

Die Aussichten für die laryngologische Section des IX. internationalen medicinischen Congresses zu Washington.

Viele unserer Leser dürften bereits den wöchentlichen medicinischen Journalen die Kunde entnommen haben, dass dem Zustandekommen des Washingtoner Congresses, dessen Organisation bereits völlig gesichert erschien, in Folge innerer Differenzen unter den amerikanischen Collegen die ernsteste Gefahr droht. Auch das Vorstands-Comité der laryngologischen Section ist von den Purificationsbestrebungen einer Partei nicht verschont geblieben, welche die von den bestgekannten Aerzten Amerikas getroffenen Einrichtungen nach Principien reformiren zu müssen geglaubt hat, die selbst in Amerika durchaus nicht allgemein anerkannt sind, und die jedenfalls mit einem internationalen Congresse so gut wie nichts zu thun haben. Wir wollen noch nicht auf die Details der erfolgten Absetzungen und Resignationen eingehen, da wir immer noch hoffen, dass diese inneren Spaltungen beigelegt und die früher gefassten Beschlüsse aufrecht erhalten werden können; sollten wir uns aber in dieser Hoffnung täuschen, so glauben wir, im Einklange mit fast allen europäischen Fachzeitungen, die sich über diese beklagenswerthe Uneinigkeit ausgesprochen haben, dass sich nicht viele ausländische Aerzte finden dürften, die durch ihr Erscheinen ein Parteimanöver, das gegen eine grosse Anzahl der geschätztesten amerikanischen Collegen gerichtet ist, sanctioniren werden.

Specialismus in der Medicin.

Die scharfe Discussion, welche über die Frage des Specialismus in der Medicin von Morell Mackenzie und Horatio Donkin in der Juni-Juli- und August-Nummer der „Fortnightly Review" (London, Chapman & Hall) geführt worden ist, dürfte die Leser des Centralblattes um so mehr interessiren, als es das Gebiet der Halskrankheiten ist, welches von beiden Autoren mit Vorliebe zur Illustration ihrer sich direct entgegenstehenden Thesen herangezogen wird. — Jedenfalls ist die Lectüre der drei Artikel für Jedermann, der sich über die Stellung des Specialismus in England zu informiren wünscht, äusserst belehrend, und sei hiermit auf's Angelegentlichste empfohlen.

Berichtigung.

In der letzten Nummer des Centralblattes ist die Rauchfuss'sche klinische Einleitung der Croupformen (vgl. Referat 63, S. 118) nicht ganz genau wiedergegeben worden. Von R. werden folgende klinisch bestimmbare Kategorien aufgestellt: 1. Catarrhalcroup (leichter Catarrhalcroup - Pseudocroup). 2. Entzündlicher Croup (schwerer Catarrhalcroup). 3. Fibrinöser Croup. 4. Diphtheritischer Croup. 5. Secundärer Croup (im Verlaufe von und im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen).

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, November. 1885. No. 5.

I. Die Stellung der Laryngologie in Deutschland.

Bevor wir an den Versuch gehen, die Stellung zu schildern, die die Laryngologie sich seit der Einführung des Kehlkopfspiegels in Deutschland errungen hat, halten wir es zum besseren Verständniss und weil eine solche Darstellung immer mehr oder minder subjectiv gefärbt sein muss, für nothwendig, den Gesichtspunkt zu bezeichnen, von dem aus wir das Specialistenthum im Allgemeinen und die Laryngologie im Besonderen im Verhältniss zur Gesammtmedicin betrachten und die Ziele zu bezeichnen, die nach unserer Ansicht die Vertreter der Laryngologie gegenüber den Aerzten und gegenüber dem Universitätslehrkörper zu erstreben haben.

Man macht den Specialisten mit mehr oder minder Recht den Vorwurf der Einseitigkeit, der Selbstgenügsamkeit, ja sogar des Hochmuths durch Ueberschätzung der Bedeutung der von ihnen gepflegten Disciplin und man wird immer gut thun, festzustellen, wo wir die Specialisirung einer Krankheitsgruppe für berechtigt halten und wie wir uns das Verhältniss der gesonderten Disciplin zur Gesammtmedicin, das Verhältniss des Specialisten zum practischen Arzt gestaltet denken.

So überaus werthvoll, unbestritten und unentbehrlich das Princip der Theilung der Arbeit für die wissenschaftliche Forschung auf dem ganzen Gebiete der Medicin ist, so bedauerlich ist seine Nothwendigkeit in der ärztlichen Praxis, nicht nur, weil, wie oft gesagt worden ist, nicht jede Stadt, jedes Dorf mit Specialisten versorgt werden kann, sondern weil der menschliche Organismus eine Einheit darstellt, an dem jedes Organ im gesunden und kranken Zustand nur im Connex mit dem Ganzen behandelt werden kann. Ideal aufgefasst soll und muss jeder Arzt jedes Organ des menschlichen Körpers untersuchen und behandeln können. In der Wirklichkeit gestaltet sich die Sache anders. Schon die Zahl der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist eine so grosse geworden, dass es für den Einzelnen schwer ist, sie alle mit gleicher Virtuosität oder auch nur mit der für die Praxis nothwendigen Kunst zu beherrschen; was aber noch schwerer wiegt: unter diesen befindet sich eine Reihe solcher, die zu ihrer Ausführung bis zu einem gewissen Grade eine natürliche Beanlagung, die nicht bei

allen Aerzten gleich entwickelt ist und noch mehr eine besondere und anhaltende Einübung erfordern, um in allen Fällen die sich entgegenstellenden technischen Schwierigkeiten zu überwinden. Naturgemäss müssen sich in dieser Weise Erkrankungen bestimmter Organe von der allgemeinen Pathologie zu besonderen Disciplinen abzweigen und die practische Beschäftigung mit denselben muss sich zur Specialität entwickeln.

Die Berechtigung des Specialismus in diesem angedeuteten Sinne vorausgesetzt, glauben wir aber noch nach zwei Richtungen Forderungen stellen zu müssen. Einerseits darf der Specialist nicht nur nicht die Fühlung, sondern auch die innige Verbindung mit dem Mutterboden, der Gesammtmedicin, aus dem Auge verlieren, d. h. er darf nicht einseitig bleiben, auf der anderen Seite soll aber auch der practische Arzt sowohl in wissenschaftlicher als practischer Beziehung mit den Specialitäten in so weit vertraut sein, als zur Erkennung und Behandlung einfacher, nicht complicirter Krankheitsfälle nothwendig ist.

Theoretisch würde es ja schwer fallen und auch unnütz sein, die Grenze anzugeben, wo das Gebiet des Specialisten beginnt und welche Gebiete gemeinschaftlich sind, in praxi gestaltet sich die Trennung in so einfacher Weise, dass eine weitere Auseinandersetzung uns überflüssig erscheint.

Fragen wir nun, ob die Laryngologie, wie sie sich seit Einführung des Kehlkopfspiegels gestaltet hat, diejenigen Eigenschaften, die wir für die Berechtigung einer Specialdisciplin gefordert haben, in sich trägt, so antworten wir mit einem entschiedenen: Ja.

Hätte der Kehlkopfspiegel nur die Diagnostik um eine Untersuchungsmethode bereichert, so würde zwar sein Werth schon ein grosser gewesen sein, aber nicht ausreichend, um die Laryngologie zu einer besonderen Disciplin zu gestalten; wir würden dann nur die Laryngoscopie unter die anderen physikalischen Untersuchungsmethoden, Auscultation, Percussion u. s w. eingereiht haben. Der Kehlkopfspiegel hat aber viel mehr geleistet, er hat nicht nur erst eine rationelle Localtherapie der Kehlkopfkrankheiten ermöglicht, sondern er hat auch einen besonderen Zweig der Chirurgie, die Laryngochirurgie, geschaffen. Der Umfang und die Bedeutung der Localtherapie und der Laryngochirurgie, sowie die technischen Schwierigkeiten, die zuweilen schon die Laryngoscopie in diagnostischer Beziehung, bei Weitem mehr die endolaryngealen Behandlungsmethoden darbieten, bewirken es, dass nur andauernde Beschäftigung und sicherlich auch eine gewisse natürliche Beanlagung es ermöglichen, das Gebiet vollkommen zu beherrschen. Grund genug, die Laryngologie zu einer Specialdisciplin zu machen.

Wir kommen jetzt zu unserer eigentlichen Aufgabe, festzustellen, in wie weit die Laryngologie als Specialwissenschaft die ihr gebührende Anerkennung in Deutschland erhalten hat. Massgebend hierfür wird vor Allem die Stellung sein, die sie sich an der Universität errungen hat. Leider müssen wir bekennen, dass zwar die Laryngologie überall mehr oder minder wohlwollende Förderung an der Universität, aber nirgends das, was wir bei der Wichtigkeit der Disciplin glauben fordern zu müssen: die Anerkennung als obligatorischen Lehrgegenstand gefunden hat.

An keiner deutschen Universität*) hat, soweit uns bekannt, ein Docent das officielle Mandat, die Laryngologie zu lehren und an keiner deutschen Universität ist die Laryngologie obligatorischer Prüfungsgegenstand im Staatsexamen**). Nur Berlin macht insofern eine scheinbare Ausnahme, als ein Extraordinarius (Oberstabsarzt Fraentzel), der einer Station der Charité vorsteht, während des Semesters 2 Stunden wöchentlich einen Cursus der Laryngoscopie abhält und dass ihm, wir wissen nicht, ob officiell oder officiös, die Schüler des Friedrich-Wilhelms-Instituts als Zuhörer zugewiesen sind. Wir glauben der Zustimmung der Fachgenossen sicher zu sein, wenn wir eine solche Massregel als eine absolut unzureichende erklären. Es genügt, unserer Ansicht nach nicht, den Lernenden nur mit der Methode der Untersuchung bekannt zu machen, denn die Laryngoscopie ist nur ein Theil, wenn auch der grundlegende, der Laryngologie, und letztere, sowie die mit ihr eng verknüpfte Rhinologie, haben vollkommen Anspruch, obligatorisch in den Studienplan aufgenommen zu werden. Wenn sie auch nur als Nebenfach der allgemeinen Klinik anzusehen sind, so dürfen sie doch nicht als Nebensache behandelt werden, sondern sie müssen bei ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis und bei dem Umfang, den sie angenommen haben und der eine intensive Beschäftigung mit ihnen bei dem Lehrenden voraussetzt, ein besonderes Lehrfach bilden und können nicht als Beigabe dem Lehrer eines anderen Faches zugetheilt werden. Man wende nicht ein, die Universität habe nicht die Aufgabe, Specialisten auszubilden. Gewiss nicht! Aber sie soll dem Studirenden Gelegenheit geben, alles das zu erlernen, was er später in der Praxis braucht und was er nicht durch Selbststudium sich aneignen kann. Hierzu gehört zweifellos nicht nur die laryngoscopische Untersuchung, sondern auch die endolaryngealen Encheiresen, die zur Behandlung der Kehlkopfkrankheiten erforderlich sind und die auch der begabteste Schüler weder in der medicinischen Klinik, noch in einem laryngoscopischen Cursus so nebenher erlernen wird. Der Staat errichtet mit Recht einen Lehrstuhl für Ophthalmiatrik, obgleich er weiss, dass die schweren Augenoperationen dem Specialisten zufallen, einen gleichen Anspruch in bescheidenen Dimensionen glaubt auch die Laryngo-Rhinologie stellen zu können, wenn sie auch weiss, dass die schweren endolaryngealen Operationen dem Specialisten zufallen werden.

Glücklicherweise findet die noch fehlende officielle Anerkennung der Laryngologie als ein besonderes nothwendiges Glied im klinischen Unterricht eine Correctur durch mehrere für die Entwicklung der Disciplin günstige Momente.

An allen deutschen Universitäten werden regelmässige laryngoscopische Curse gehalten, an den grösseren Universitäten von mehreren Docenten, in Berlin ausser von Fraentzel noch von 4 Privatdocenten und einem Assistenzarzt der medicinischen Klinik. Unter den Lehrern finden wir Namen von allerbestem Klange, ein Theil derselben sind Extraordinarii, aber, wie ich noch einmal be-

*) Leider haben wir über die Universität Bonn keine Auskunft erhalten können, es ist aber nicht anzunehmen, dass dort die Verhältnisse besser liegen, als an anderen Universitäten.

**) Alles im Vorstehenden und Folgenden von der Laryngologie Gesagte gilt ebenso für die Rhinologie.

tonen muss, ohne officiellen Lehrauftrag für die Laryngologie. Die meisten von ihnen haben Privatpolikliniken, die sie zu Lehrzwecken benutzen, so dass dem Lernenden ausreichend Gelegenheit gegeben ist, nicht nur die Untersuchungsmethoden kennen zu lernen, sondern auch in der Diagnostik und in der endolaryngealen Therapie sich zu üben. Mehrere dieser Privatinstitute erhalten eine materielle Beihilfe von Seiten des Staats, in Preussen allerdings nicht, dagegen in Leipzig die Privatpoliklinik des Professors Hagen, in München die Institute von Oertel und Schech, in Heidelberg das von Professor Jurasz. Eine weitere, nicht zu unterschätzende Unterstützung wird einzelnen Docenten von Seiten der Directoren der Kliniken dadurch zu Theil, dass ihnen zum klinischen Unterricht die nöthigen Räumlichkeiten und das geeignete Krankenmaterial der chirurgischen und medicinischen Klinik und Poliklinik eingeräumt wird. Geheimrath Mosler in Greifswald sorgt auch, wie uns versichert wird, in liberalster Weise für die zu den Cursen nöthigen Apparate, Instrumente etc.

Wir müssen es überhaupt als ein besonderes Glück für die Entwickelung der Laryngologie in Deutschland anrechnen, dass an der Spitze der Kliniken Männer stehen, die sich durch hervorragende Leistungen gerade im Gebiete der Kehlkopfkrankheiten ausgezeichnet haben. Ich brauche nur die Namen Gerhardt, Ziemssen, Kussmaul, Rossbach, Riegel u. A. zu nennen. Wir wissen es, dass keiner von ihnen es versäumt, die Studirenden auf die Wichtigkeit der Laryngoscopie aufmerksam zu machen und in dieser Weise durch ihre Autorität die Bestrebungen der Laryngologen zu unterstützen.

In der That hat auch unserer Erfahrung nach das Interesse der Lernenden für unsere Disciplin wesentlich zugenommen. Ob sich das an allen Universitäten so verhält, wissen wir nicht, aber so viel glauben wir nach unseren Ermittlungen beinahe durch Zahlen feststellen zu können, dass die Theilnahme der Studirenden an den laryngoscopischen Cursen an denjenigen Universitäten relativ am lebhaftesten ist, an denen von Seiten der Kliniker durch Hinweis auf die Wichtigkeit der Disciplin und auf die Möglichkeit, dass dieselbe Gegenstand der Prüfung wird, sowie durch klinische Vorstellung laryngologischer Krankheitsfälle das Interesse erregt und wach gehalten wird.

Wie viel indess immer noch für die Anerkennung der Laryngologie zu thun übrig bleibt, ersehen wir, wenn wir ihre Stellung unter den practischen Aerzten einer Beleuchtung unterziehen.

Dass die Zahl der Aerzte, die nicht laryngoscopiren können, noch eine sehr grosse ist, darf nicht verwundern, erstaunlicher und bedauerlicher ist es schon, dass auch Aerzte, die in den letzten Jahren die Universität verlassen haben, von dem Kehlkopfspiegel keinen Gebrauch machen und machen können. Als unverantwortlich müssen wir es aber erklären, wenn Kranke mit chronischen Kehlkopfleiden wochen- und monatelang behandelt werden, ohne dass auch nur einmal die laryngoscopische Untersuchung durch einen Specialisten veranlasst wird. Darf es uns da Wunder nehmen, wenn verkehrte therapeutische Massnahmen nicht gerade zu den Seltenheiten gehören, dass Kranke mit Kehlkopfpolypen zur Heilung nach den Bädern geschickt, Kranke mit Lähmungen wochenlang mit Lapispinselungen oder dergl. behandelt werden? Auch eine rationelle Localtherapie

hat noch nicht die Verwendung gefunden, wie es zu wünschen ist. Inhalationen zerstäubter Flüssigkeiten werden noch mit Vorliebe ohne Kritik angewandt. Es ist sicherlich kein blosser Zufall, dass in den Polikliniken die Larynxtuberculose ein grosses Contingent von Kranken stellt, dagegen in der Privatsprechstunde des Specialisten viel seltener erscheint, nicht etwa weil die Hausärzte die topische Behandlung selbst ausführen, sondern weil sie überhaupt eine Localtherapie zur Milderung der Leiden des Kranken nicht für nöthig halten.

Wir wollen übrigens keineswegs sagen, dass diese Vernachlässigung der Laryngoscopie zu den Alltäglichkeiten gehört, aber wenigstens in unserem Wirkungskreis kommt sie noch viel zu oft vor. Wir verzeihen den älteren Aerzten, wenn sie nicht mehr die schwierige Untersuchungsmethode erlernen wollen, wir verlangen aber, dass sie in geeigneten Fällen die Hilfe des Specialisten in Anspruch nehmen; der junge Arzt hat aber die Verpflichtung, mit dem Gebrauch des Kehlkopfspiegels vertraut zu sein, um eventuell nachzuholen, was er an der Universität versäumt hat. Hierzu hat er vollauf Gelegenheit an den bewährten Instituten der „Feriencurse für practische Aerzte", wie sie an einigen deutschen Universitäten, besonders gut organisirt an der Berliner Universität, eingerichtet sind. Wenn man auch nicht gerade innerhalb 4 Wochen ein Virtuose als Laryngoscopiker werden kann, so kann man doch in dieser Zeit soviel lernen, um weiterhin in der Praxis sich die nothwendige Fertigkeit in der Untersuchung, Diagnostik und Localbehandlung anzueignen.

Wir sind der Meinung, dass je mehr das Arbeitsgebiet des Specialisten durch die Leistungsfähigkeit des Arztes eingeengt wird, desto besser es um die Medicin bestellt ist. Das Specialistenthum wird immer noch bestehen bleiben und ausreichende wissenschaftliche und practische Arbeit behalten.

Fassen wir unser Urtheil über die Stellung der Laryngologie in Deutschland kurz zusammen, so sagen wir: Die Bedeutung des Kehlkopfspiegels für die Diagnostik wird in der Theorie wohl allseitig anerkannt, in der Praxis bleibt noch viel zu wünschen übrig, weil seine Anwendungsweise einer grossen Zahl von Aerzten noch unbekannt ist. auch wird sein Werth bei der Localbehandlung des Kehlkopfs als „sicherer Führer der Hand" noch nicht ausreichend gewürdigt. An den Universitäten ist meist durch Privatpolikliniken für den laryngologischen Unterricht gesorgt, auch werden diese von den Directoren der Kliniken in wohlwollendster Weise gefördert; aber der Kehlkopfspiegel wird erst dann Gemeingut der Aerzte werden, wenn der laryngologische Unterricht ein integrirender Theil des klinischen Unterrichts sein wird. Unser ceterum censeo lautet: Der Staat hat die Pflicht hierfür zu sorgen, vor Allem durch Anstellung eines Lehrers, dem auch das Krankenmaterial gesichert wird, wie dies in so glänzender Weise in Wien durch die Abtheilung des Prof. Schrötter verwirklicht ist. Es soll aber auch Niemand fernerhin zur ärztlichen Praxis zugelassen werden, der nicht wenigstens nachweist, dass er während seiner Studienzeit an einem laryngoscopischen Cursus Theil genommen und mit dem Gebrauch des Kehlkopfspiegels vertraut ist.

II. Referate.

a. Allgemeines.

1) **J. R. van Allen** (Kansas City. Mo.). **Die Electricität bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten und bei einigen Erkrankungen der Brust- und Baucheingeweide die durch chronischen Nasen- und pharyngonasalen Catarrh bedingt sind. (Electricity in diseases of the nose, throat and ears, and in some diseases of the thoracic and abdominal viscera which result from chronic nasal and pharyngonasal catarrh.)** *St. Louis Med. Surg. Journ. Jan. 1885.*

Der Autor ist der Ansicht, dass die Electricität, wie wohl sie sicherlich ein werthvolles Adjuvans ist, allein nicht im Stande sei, catarrhalische Affectionen zu heilen. Da sie jedoch dazu dient, Schmerzen zu lindern, die Digestions- und Assimilationsprocesse zu fördern, den Appetit anzuregen und Schlaf herbeizuführen, so ebnet sie augenscheinlich den Weg für die locale Behandlung, welche erfahrungsgemäss von Nutzen ist. LEFFERTS.

2) **Louis J. Lautenbach. Das electrische Glühlicht zur Untersuchung des Halses, der Nase, des Auges und des Ohres. Ein electrischer Augenspiegel. (The incandescent electric light for the examination of the throat, nose, eye and ear. An electric ophthalmoscope.)** *Philadelphia Med. Surg. Report 7. u. 14. März 1885.*

Verf. beschreibt zuerst die verschiedenen Methoden der künstlichen Beleuchtung, welche gewöhnlich im Gebrauch sind. Hierauf geht er zur Geschichte des electrischen Glühlichts über, soweit es auf die in Rede stehenden speciellen Organe Anwendung findet (das Bogenlicht hält er zur Zeit zu solchen Untersuchungen nicht für geeignet). Er liefert eine kritische Beschreibung der Apparate von Bruck, deren Grösse ihre Anwendung mit Ausnahme zur Munduntersuchung behindert; von Nitze's Instrumenten, die zum practischen Gebrauch zu gross sind; von Leiter's, dessen Wasserröhren das Instrument zu schwerfällig machen, von Adam's Laryngoscop, dessen Licht augenscheinlich zu dürftig ist. Dagegen ist Trouvé's Stirnlichtträger ein sehr brauchbares Instrument. Bei Seiler ist zwar der Lichtträger zweckmässig an die Spitze des Kopfspiegels befestigt, das Instrument ist jedoch wegen seines Gewichts sehr unbequem. Bei Starr's Instrument endlich ist das Auge nicht gegen das Licht geschützt. Der Autor meint, dass allen Instrumenten, die einen glühenden Platindraht verwenden, der Vorwurf zu machen ist, dass sie, wenn sie ein genügendes Licht geben sollen, eine so grosse Hitze erzeugen würden, dass der Draht schmelzen müsste.

Bei dem electrischen Ophthalmoskop, welches der Autor beschreibt und abbildet, ist das Glühlicht direct an den Laring'schen Augenspiegel befestigt. — Der Artikel schliesst mit einer langen Besprechung der verschiedenen Formen des Glühlichts und der Mittel, die passende Electricität hierzu zu erzeugen. Zum allgemeinen Gebrauch empfiehlt er eine Baudet'sche Lampe von 9 Vol. Stärke, die durch 4, zwei Liter fassende Fuller'sche Elemente zum Glühen gebracht wird. LEFFERTS.

3) **Voltolini. Das electrische Licht, verwendet in unserer Specialität und die Anwendung des Cocain.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1885.*

Der Erzeugung des electrischen Lichtes mit der Gramm'schen Dampfmaschine steht die Aufstellung in einer Privatwohnung hinderlich im Wege; mit den Trouvé'schen Apparaten ist Verf. nicht zufrieden, da der erzeugte Lichtkegel viel zu klein sei; dasselbe ist der Fall, wenn man Edison'sche Glühlampen mit galvanocaustischen Batterien in Verbindung bringt. Verf. verwendet daher neben dem Sonnenlichte sogenannte Sonnenbrenner (Diamantbrenner)*).

Mit dem Cocain hatte Verf. dieselben günstigen Resultate, wie alle bisherigen Beobachter.

SCHECH.

4) **Hopmann** (Cöln). **Stein'sche Doppelbatterie für Beleuchtung und Galvanocaustik.** *Deutsche med. Wochenschrift. S. 435. 1885.*

Demonstration der Batterie im ärztlichen Verein zu Cöln. Hopman ist mit derselben zufrieden. Zu haben bei Simon, Frankfurt a. M., Kaiserstr. 30.

B. FRAENKEL.

5) **Voltolini. Zu meiner Zink-Platin-Tauchbatterie.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 1. 1885.*

Durch Verwendung dünneren Platinbleches hat sich jetzt der Preis der Batterie auf 200 Mark ermässigt.

SCHECH.

6) **C. Keller. Eine Verbesserung der Voltolini'schen Tauchbatterie.** *Monatsschr. für Ohrenheilkunde etc. No. 1. 1885.*

Die Verbesserung besteht in der Beseitigung der Schrauben, und einer höchst einfachen Anordnung der Elemente, welche nur eingehängt zu werden brauchen, um gereinigt oder amalgamirt zu werden.

SCHECH.

7) **Voltolini. Zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Keller in Cöln. Eine Verbesserung der Voltolini'schen Tauchbatterie.** *Monatsschrift für Ohrenheilk. etc. No. 3. 1885.*

Voltolini will die von Keller vorgenommenen Verbesserungen nicht als solche gelten lassen, besonders nicht das Weglassen der Schrauben. Zum Schlusse einige Bemerkungen über das Amalgamiren der Zinkelemente und Prioritätsansprüche gegen Jene, welche sagen, die Batterie sei gar nicht die Erfindung des Verf.

SCHECH.

8) **Keller** (Cöln). **Eine Verbesserung der Voltolini'schen Tauchbatterie. Erwiderung an Prof. Voltolini.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 4. 1885.*

Verf. bleibt bei seiner Ansicht, dass die von ihm an Voltolini's Batterie vorgenommenen Veränderungen wirkliche Verbesserungen seien und erhofft von der practischen Erfahrung ein endgiltiges Urtheil.

SCHECH.

9) **M. A. Fritsche** (Berlin). **Die Albocarbon-Untersuchungslampe für Nase und Kehlkopf.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 5. S. 72. 1885.*

Das Albocarbonlicht beruht auf dem Princip, Naphthalindämpfe in einer

---

*) Von neueren, erfolgreichen Versuchen, das electrische Licht für unsere Specialität zu verwenden (vgl. dies Journal, I. Jahrgang, S. 341) hat der Verfasser keine Notiz genommen, als er sein ungünstiges Urtheil veröffentlichte. Red.

Leuchtgasflamme zu verbrennen. Das Naphthalin befindet sich in einer eisernen Kugel, welche vermittelst einer über dem Brenner befindlichen Metallplatte durch die Flamme selbst erhitzt wird, weshalb die Gasflamme ¼ Stunde vor dem Gebrauch angezündet werden muss. Das durch die Kugel streichende Leuchtgas sättigt sich mit Naphthalindämpfen, die der Flamme ihre vermehrte Leuchtkraft verleihen. Fr. hat mit dieser Lichtquelle einen Beleuchtungsapparat construirt, den er abbildet. Die Helligkeit ist 2—4 fach grösser wie die des Gases, die Flamme brennt gleichmässig, ruhig und intensiv weiss. B. FRAENKEL.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **E. Woakes** (London). **Ueber necrotisirende Ethmoiditis und ihre Beziehungen zur Entwickelung von Nasenpolypen. (On necrosing ethmoiditis and its relation to development of nasal polypus.)** *Brit. Med. Journal. 4. April 1885.*

W. machte der Medical Society of London am 30. März 1885 eine Mittheilung über eine in den Nasentheilen des Siebbeins beginnende Form von schleichender Entzündung, die zu Periostitis und Knochennecrose führte. Er hatte 80 solche Fälle gesammelt. Das Leiden nahm gewöhnlich seinen Ausgang von häufigen, protrahirten Catarrhen, bisweilen von Exanthemen, bisweilen von Verletzungen. Es kommt nach der Pubertätsperiode in jedem Lebensalter vor und tritt gewöhnlich symmetrisch auf. Untersucht man die Nase im Beginne der Krankheit, so sieht man öfters kleine projicirende Gebilde an der mittleren Muschel: diese Gebilde vergrössern sich allmälig, und führen zu Dislocation der Knochen und Entstellung der Nase; in diesem späteren Stadium lässt sich in der Regel die Gegenwart blossliegenden, rauhen Knochens leicht ermitteln. Noch später spalten sich die Muscheln und polypoide Neubildungen gesellen sich zu dem Complex der Erscheinungen. Die Schnelligkeit und Ausdehnung der Necrose variiren bedeutend in verschiedenen Fällen: in einem von Mr. Erichsen beobachteten Falle wurde die Sella turcica durch die Nase ausgestossen. Gesellt sich eine Vergrösserung der Communicationsöffnung des Antrums zu den bestehenden Erscheinungen, so kann Abscess der Höhle oder polypöse Degeneration der sie auskleidenden Schleimhaut auftreten; in einer anderen Serie von Fällen kommt es zur Bildung äusserst rapid wachsender Myxome und zur Necrose dünner Knochenplatten. Das Leiden scheint stets einen progressiven Character zu tragen und niemals zur spontanen Heilung zu neigen. Die microscopische Structur der Neubildungen war von Mr. Edgar Thurston studirt worden.

In der Discussion meinte Mr. Spencer Watson, dass necrotisirende Ethmoiditis keine sehr gewöhnliche Krankheit sein könne; seiner Ansicht nach sind Nasenpolypen gewöhnlich die Folge länger vorhandener, zu Rhinitis führender Obstruction. — Mr. Cresswell Baber erklärte sich ebenfalls gegen die Theorie, dass Nasenpolypen gewöhnlich etwas mit Necrose der Knochen zu thun hätten; die Grösse der mittleren Nasenmuschel variire bedeutend, und eine von Natur grosse Muschel könne leicht für eine pathologisch vergrösserte gehalten werden. — Mr. Stoker sprach seine Uebereinstimmung mit den Ansichten des Vortragenden aus. — Mr. Walter Pye glaubte, dass sich selbst bei Kindern in der Nachbar-

schaft kleiner Polypen necrotisirter Knochen entdecken lassen würde, wenn man nach ihm suche. — Dr. W. erwiderte, dass er noch keinen Fall von Nasenpolypen auf Knochennecrose untersucht hätte, ohne solche zu finden (! Ref.). — Eine normale mittlere Nasenmuschel bekäme man überhaupt selten zu sehen. —

[Vorstehendes ist eine fast wörtliche Uebersetzung des — nothwendiger Weise unvollständigen — Berichtes über Vortrag und Discussion im Brit. Med. Journal. Der vorgerückten Zeit halber konnte Dr. W. nämlich seine Ansichten über die Therapie des Leidens nicht ausführlich entwickeln. Soweit aus den vorgezeigten Präparaten zu entnehmen war, scheint er stets die ganze mittlere Muschel zu exstirpiren (!). Nach Publication der Arbeit selbst wird eine ausführlichere, kritische Besprechung derselben gegeben werden. Ref.] SEMON.

11) **Alfred Sokolowski** (Warschau). **Ein Fall von tuberculöser Ulceration der Nasenschleimhaut. (Przypadek owizodzenia gruzliczego blong sluzowej nosa.)** *Gazeta lekarska. No. 15. 1885.*

Bei einem 20jährigen hereditär belasteten Mädchen entwickelte sich im Verlaufe einer Lungen- und Larynxphthise ein schmerzhaftes Geschwür am Septum narium, welches auf das linke Nasenloch übergriff, zur Röthung und Erosion Veranlassung gab, sehr schmerzhaft war und endlich am Boden der Nasenhöhle einen ca. 3 Mm. grossen Substanzverlust herbeiführte. Am oberen Rande des Geschwürs befand sich eine röthliche erbsengrosse Geschwulst. Die Kranke klagte über starke Schmerzen in der Nase, besonders bei der Berührung. In dem schleimigen, manchmal mit Blut tingirten Secret wurden Tuberkelbacillen aufgefunden. (Ehrlich'sche Methode.) Die Ulceration hatte keine Tendenz zur Heilung, ging auf die Oberlippe über, die anschwoll und stark infiltrirt erschien. Nach einiger Zeit verkleinerte sie sich, so dass nur am Septum das Geschwür fortbestand. Die Kranke erlag ihrem Leiden. — Verf. hält sich irrthümlich für den Ersten, dem der Nachweis der Tuberkelbacillen im Secret von tuberculösen Geschwüren der Nasenschleimhaut gelungen (Vide Berliner klin. Wochenschrift No. 15. 1883; R. Demme, Zur diagnostischen Bedeutung der Tuberkelbacillen für das Kindesalter.) HERING.

12) **E. Rasori** (Roma). **Harter Schanker in der rechten Nasenhöhle. (Ulcero duro della narice destra.)** *Gazzetta degli ospitali. No. 93. 1885.*

Verf. bespricht die Seltenheit des primären Ulcus auf der Schleimhaut der Nasenhöhle. Sein Patient klagte über heftigen Stirnkopfschmerz. Im Gesicht und über dem Körper fanden sich rothe Papeln und Flecken; am Penis nichts von Sclerose. Vor 18 Monaten hatte er eine einfache Gonorrhoe gehabt. Vor 4 Monaten hatte die Erkrankung der Nase begonnen. Die linke Nasenhöhle zeigt normale Schleimhaut, die der rechten ist geschwellt, mit Krusten bedeckt, nach deren Entfernung eine ulcerirte Fläche zurückbleibt. Hals- und Achseldrüsen geschwellt, in geringem Grade auch die Inguinaldrüsen.

Mercurial- und Jodbehandlung, während deren die Nasenaffection „alle Charactere eines in Heilung begriffenen Ulcus durum“ zeigt und auch in ca. 14 Tagen zur Heilung kommt. (Ueber den genaueren Sitz dieses Ulcus durum ist nichts gesagt.)

Da über die Art und Weise der Infection nichts zu eruiren war, vermuthet Verf., dass diese Primäraffection der Nase durch Uebertragung vermittelst des Fingers des Kranken entstanden sei. KURZ.

13) **Verneuil** (Paris). **Epitheliom der Nasenschleimhaut. (Epithélioma de la muqueuse pituitaire.)** *Gaz. des hôp. No. 34. 21. März 1885.*

Vorstellung des Falles im „Hôpital de la Pitié." E. J. MOURE.

14) **Heurtaux** (Nantes). **Nasenepithelioma. (Epithélioma du nez.)** *Soc. anatom. de Nantes. März 1885. — Gaz. méd. de Nantes. No. 6. 9. April 1885.*

Vorzeigen der exstirpirten Geschwulst, die sich im Zeitraume von 4 Jahren aus einer Warze entwickelt hatte. Das voluminöse Epitheliom hing mit dem Nasenbeine fest zusammen. E. J. MOURE.

15) **Cornil** und **Alvarez** (Paris). **Denkschrift zum Nutzen der Geschichte des Rhinoskleroms. (Mémoire pour servir à l'histoire du rhinosclérome.)** *Acad. de méd. de Paris. Sitzung vom 31. März 1885. — Arch. de physiol., norm. et pathol. Jahrgang XVII. No. 5. 30. Juni 1885.*

In obiger Arbeit werden auf Grund von 23 klinischen Beobachtungen, die Alvarez in Centralamerika gemacht hat, Symptome, Verlauf, Diagnostik, Aetiologie und Behandlung dieser bei uns seltenen Erkrankung eingehend besprochen. Namentlich in Bezug auf die von den Autoren in sechs Fragmenten des Tumors gefundenen, für das Rhinosclerom characteristischen Bacterien ist die Arbeit von Wichtigkeit. Die Methode der Färbung, die Beschreibung und Abbildung der Bacterien, sowie die übrigen interessanten Details mögen im Original nachgesehen werden. Da keine frischen Stücke vorlagen, konnten die Autoren die Reinculturen, die Frisch von obigen Bacterien erhalten haben will, nicht darstellen.

Zum Schlusse werden die 23 Beobachtungen in einer Tafel zusammengefasst. E. J. MOURE.

16) **Schrötter** (Wien). **Ueber angeborenen knöchernen Verschluss der Choanen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 4. 1885.*

Zusammenstellung der bisher bekannt gewordenen Fälle*) mit Beschreibung eines selbst beobachteten bei einem 19jährigen Mädchen. Beide Choanen waren durch zwei diaphragmaartig ausgespannte, in der Richtung von oben nach unten vertiefte, in der dünnen Mitte durchscheinende, am Rande aber dickere Knochenlamellen verlegt. Dieselben wurden mittelst Galvanocauter durchbohrt und erweitert, die dickeren seitlichen Ränder aber mittelst eines gedeckten Meissels abgetragen. In Bezug auf die Art der Entstehung dieser Missbildung glaubt Verf.

---

*) Prof. Schrötter hat augenscheinlich den vom Herausgeber dieses Blattes in der deutschen Ausgabe des citirten Mackenzie'schen Werkes berichteten Fall übersehen. Im Interesse der Vollständigkeit der Bibliographie der seltenen Missbildung sei auf denselben hiermit noch einmal verwiesen. (Vgl. Morell Mackenzie: „Die Krankheiten des Halses und der Nase." Deutsch herausgegeben von F. Semon. Vol. II., 1884. Anmerkung S. 674.) Red.

nicht wie Luschka, dass die verschliessende Knochenplatte von der Pars horizontalis des Gaumenbeins, sondern vielmehr von dem verticalen Theile desselben ausgeht. SCHECH.

17) **H. Tillmanns** (Leipzig). **Ueber todte Osteome der Nasen- und Stirnhöhle.** Verhandlungen des XIV. Chirurgen-Congresses. *Beilage zum Centralbl. f. Chirurgie. No. 24. 1885.*

Schon Dolbeau sprach die Ansicht aus, dass es Osteome der Stirnhöhle gebe, welche als vollständig freie necrotische Knochenstücke im Sinus front. liegen, und meinte, sie entständen parostal, und hätten anfänglich einen bindegewebigen oder Schleimhautstiel, nach dessen Lösung sie zu vollständig freien Osteomen würden. Verf. entfernte nun aus der linken Stirnhöhle einer Frau zwei grössere kugelige Osteome und ein sehr umfangreiches Osteom aus der Nasenhöhle, welche sämmtlich stiellose todte Knochenconcremente ohne Weichtheilüberzug darstellten; die Stielstelle war noch erkennbar und früher offenbar knöchern und ging vom Siebbein aus. Interessant ist die Krankengeschichte des Falles. Die Patientin hatte seit früher Jugend heftige Kopfschmerzen, besonders in der Gegend der linken Stirnhöhle; mit 8 Jahren zeigte sich eine zunehmende Hervorwölbung der linken Stirnhöhlengegend mit Vortreibung und Fixirung des linken Bulbus, dessen Sehkraft allmälig erlosch. Die Nasenhöhle war erfüllt von einem grossen beweglichen todten Osteom. Der Bulbus wurde entfernt, die Orbita zeigte sich verstrichen, das Osteom war nicht in dieselbe eingedrungen; Aufmeisselung der mehr als hühnereigrossen Stirnhöhle, Entfernung der oben beschriebenen Osteome aus derselben sowie aus der Nase. Die Loslösung resp. Necrose der Osteome ist wahrscheinlich durch Druckatrophie an ihren knöchernen Stielstellen zu erklären. SCHECH.

18) **Heely. Maden in der Nase. (Maggots in the nose.)** *Pariser Med. Monthly. 1884/85. Vol. 609.*

Das Journal war mir nicht zugänglich (vergl. Erklärung im „Centralblatt" Jahrgang I. No. 6). LEFFERTS.

19) **Rennie. Ein eigenthümlicher Fall, verursacht durch einen zufällig in den Hals gelangten Parasiten. (A curious case of accidental parasite in the throat.)** *Indian Medical Journal, Allahabad. IV. p. 19. 1885.*

Das Journal ist dem Ref. nicht zugänglich. SEMON.

20) **A. W. Sinclair** (Sclanzor, Strait Settlements). **Entfernung eines Blutegels aus dem hinteren Theil der Nase. (Removal of a leech from the posterior nares.)** *Brit. Med. Journal. 20. Juni 1885.*

Der Blutegel (Hirudo Tazalla), welcher auf nicht völlig aufgeklärte Weise in die Nase eines 3jährigen europäischen, auf der Malayischen Halbinsel lebenden Knaben gelangt war, dort wahrscheinlich 14 Tage lang verweilt und zu häufigem Nasenbluten Veranlassung gegeben hatte, wurde nach mehreren vergeblichen Versuchen schliesslich von vorn aus mittelst einer gewöhnlichen Kornzange entfernt. SEMON.

21) **P. Koch** (Luxemburg). **Zum Studium der Fremdkörper der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude des corps étrangers des fosses nasales.)** *Annales des mal. de l'or., du lar. etc. No. 1. März 1885.*

Ein 3jähriges Mädchen litt seit ungefähr einem Jahre an einer eitrigen Rhinitis der linken Nasenhöhle. Alle Heilversuche blieben erfolglos. Trotzdem weder die Anamnese noch die rhinoscopische Untersuchung einen Anhaltspunkt für einen Fremdkörper gab, liess K. wiederholt Nasendouchen von der gesunden Nasenseite aus mochen und förderte endlich ein Stückchen einer Orangenschale zu Tage. Er empfiehlt dieses Verfahren in allen den Fällen, wo ein Kind sich mit einer einseitigen Rhinitis vorstellt. Ref. möchte hiebei nur auf die Gefahr des Eindringens von Flüssigkeit in die Tuben aufmerksam machen. E. J. MOURE.

22) **Rushton Parker** (Liverpool). **Entfernung der Schwanzschraube und des Ringes eines Flintenlaufs aus der Nase nach fünfjährigem Aufenthalte daselbst. (Removal of a gun-breech and bolt from the nose after five years.)** Illustrirt. *Lancet. 28. Februar 1885.*

Der Fall, obwohl unter anderem Titel publicirt, ist identisch mit dem bereits in der No. VI. des Centralblatts, Jahrgang I., Referat 5 referirten.

SEMON.

23) **H. Krause** (Berlin). **Nasenstein.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 26. S. 421. 1885.*

Demonstration in der Berl. Med. Ges. Das Innere des Steins bildete ein Kirschkern, der vermuthlich bei einem Brechact von den Choanen aus in die Nase gelangt war. B. FRAENKEL.

24) **F. Perry** (Lahore, Indien). **Nasenrachenpolyp.** *Indian Med. Gazette. p. 44. Februar 1885.* [Derselbe Fall ist von demselben Autor unter dem Titel „Resection of the Jaw for Removal of Tumours" als No. I. in der Lancet, 13. Juni 1885, publicirt.]

In einem Bericht über die während der Sommersession 1884 im Mayohospital zu Lahore ausgeführten Operationen beschreibt der Autor kurz einen Fall von Rund- und Spindelzellensarcom des Nasenrachenraums bei einem 40jährigen Eingeborenen. Das Leiden datirt seit 3 Jahren. Der ganze Nasenrachenraum und die rechte Nasenhälfte waren verstopft, der weiche Gaumen nach unten, die rechte obere Maxilla nach vorn dislocirt; am inneren rechten Augenwinkel zeigte sich eine haselnussgrosse Geschwulst. Ernste Deglutions- und Articulationsbeschwerden. Nach prophylactischer Tracheotomie und Resection des Oberkiefers wurde die Geschwulst, die mit 3—4 Anheftungspunkten vom Dach des Nasenrachenraumes ausging, stückweise entfernt, und die Basis mit dem Cauterium actuale berührt, sodann der Oberkiefer reponirt. Es erfolgte ungestörte Heilung. Der Pat. entlief 11 Tage nach der Operation aus dem Hospital und wurde eine Woche später in der Nachbarschaft desselben gesehen. SEMON.

25) **Trélat** (Paris). **Ueber Nasenrachenpolypen. (Des polypes naso-pharyngiens.)** *Le praticien. No. 4. 26. Januar 1885.*

T. exstirpirte bei einem Knaben von 14 Jahren ein nicht grosses Stück eines

den ganzen Nasenrachenraum ausfüllenden Nasenpolypen. Eine ähnliche partielle Abtragung war schon vor einem Jahre nöthig geworden in Folge der eingetretenen Schling- und Athembeschwerden. Eine Radicaloperation durch etwaige partielle, totale oder temporäre Resection des Oberkieferbeins möge nicht vorgenommen werden, da diese Tumoren gegen das 22. bis 25. Lebensjahr die Reproductionsfähigkeit verlieren. Es sei nur ein palliatives Verfahren einzuschlagen, dahin gerichtet, die aus der übergrossen Wucherung der Nasenrachenpolypen eventuell eintretenden lebensgefährlichen Folgen zu verhindern. E. J. MOURE.

26) **Joseph A. White. Einfluss der nasopharyngealen Tumoren, Verschliessungen und Hypertrophien auf das Gehör mit einigen diesbezüglichen Fällen. (The influence of naso-pharyngeal growths-obstructions and hypertrophies upon the hearing with a few cases in point.)** *Virginia Med. Monthly. Febr. 1885.*

Die so oft beim Nasopharyngealcatarrh und den ihn begleitenden Hypertrophien auftretende Taubheit verdankt ihr Entstehen einer der vier folgenden Ursachen:

1. Der Ausbreitung des Entzündungsprocesses auf die Schleimhaut der Tuba Eustachii oder dem Catarrh der Tuba und der Paukenhöhle.
2. Dem directen Verschluss des Tubeneingangs durch Schleimhauthypertrophie.
3. Der Hemmung der normalen Tubenventilation durch Stenose der Nase.
4. Dem Verlust der normalen Function der Gaumen-Tubenmuskeln, die sogenannte „paretische Taubheit“.

Diese Ursachen werden erörtert und ausführlich beschrieben, ebenso die Methoden, viele von ihnen durch ihre rhinoscopischen Bilder festgestellt, ihre relative ätiologische Bedeutung, ihre Differentialdiagnose und ihre physikalischen charakteristischen Merkmale.

Die Therapie der Neubildungen und Hypertrophien besteht nach dem Verf. in ihrer Exstirpation. Sein Hauptmittel bei solcher Therapie ist der Galvanocauter: Es giebt keinen Fall, wo er nicht anwendbar wäre, was nicht in gleicher Weise von dem Messer, oder der kalten Schlinge gilt, welche er bisweilen auch gebraucht.

Die Behandlung der Taubheit, die aus den oben genannten Ursachen entspringt, ist nach den gewöhnlichen ätiologischen Principien zu leiten.

LEFFERTS.

27) **Furneaux Jordan** (Birmingham). **Abstract eines klinischen Vortrages über eine neue Operationsmethode bei fibrösen Nasenrachenpolypen. (Extract from a clinical lecture on a new operation for nasopharyngeal or fibrous polypus.)** Illustrirt. *Brit. Med. Journal. 2. Mai 1885.*

Das Princip der Operation, welche als ausreichend, einfach und wenig entstellend empfohlen wird, besteht in der vollständigen Blosslegung des knöchernen Naseneingangs. Dies geschieht durch Herstellung eines dreieckigen Lappens aus der Oberlippe und dem Nasenflügel. Ein gekrümmtes Bistouri wird unter der Lippe in die afficirte Nasenhälfte eingeführt und die Weichtheile durchschnitten. Dann werden die Weichtheile der Nase in einer Linie mit dem Lippenschnitt

durchschnitten und der Lappen nach aussen geschlagen. Dies giebt, nach des Verfassers mehr als laconischer Schilderung, freien Zugang zur Nasenhöhle. Ein oder zwei Finger des Operateurs werden in den Pharynx eingeführt und der Tumor ergriffen, während ein oder zwei Finger (sc. der anderen Hand) an dem Tumor von der angelegten Oeffnung aus manipuliren. Durch Hin- und Herzerren der Geschwulst, event. unterstützt durch kleine Schnitte mit dem Messer oder der Scheere, wird die Geschwulst leicht (? Ref.) abgelöst und fällt in die im Munde des Pat. befindliche Hand des Operateurs. Sollte die knöcherne Oeffnung zu schmal für die Manipulationen sein, so ist sie mit einer starken Knochenzange zu vergrössern, doch glaubt J., dass dies nur selten erforderlich sein dürfte. Sorgfältige Vereinigung mittelst feiner Nähte hinterlässt eine kaum sichtbare Narbe. Die Operation dürfte sich nach des Verfassers Ansicht auch bei multiplen hartnäckig recidivirenden Nasenpolypen und bei bösartigen Neubildungen der Nase empfehlen.

SEMON.

28) **Weinlechner** (Wien). **Demonstration eines 18jährigen Mannes nach Operation eines fibrösen Nasenrachenpolypen.** *Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte in Wien. No. 28. 1885.*

W. entfernte (im Juni 1884) nach Spaltung des Velums eine citronengrosse, runde, derbe Geschwulst vom Dache der Nasenrachenhöhle, und zwar auf stumpfem Wege durch Aushebelung mit dem Elevatorium und dem Steinlöffel. Nur ein kleiner Rest rechts oben blieb zurück. Die Operation war sehr blutig und es kam im Verlaufe der Wundheilung zu Metastasen in verschiedenen Gelenken. Im November 1884 suchte W. den Rest (mit dem Kratzlöffel) zu entfernen, und da er nicht reussirte, exstirpirte er nach osteoplastischer Resection des rechten Oberkiefers die Reste des Tumors, welche in die Flügelgaumengrube und die Highmorshöhle wucherten. Die Wundheilung ging anstandslos vor sich. Bis Ende April 1885 war kein Recidiv eingetreten. W. empfiehlt die stumpfe Ablösung des Tumors von der knöchernen Wand des Nasenrachenraumes als einzig sicheres, wenn auch sehr eingreifendes Verfahren, wozu noch bei Fortsätzen in die Fossa pterygo-palatina die temporäre Resection des Oberkiefers treten müsse.

In einem zweiten Falle verfuhr er ebenso mit demselben günstigen Erfolge.

CHIARI.

29) **Massei** (Neapel). **Riesenmyxome des Nasenrachenraums. (Mixomi giganteschi della cavita nasofaringea.)** *Archivii italiani di laryngologia. Fasc. 4. 1885.*

1. Polyp in der linken Nasenhöhle bei einem 11jährigen Knaben, seit 2 Jahren bestehend, nach einer Operation recidivirt. Enormer, die Nasenhöhle ausfüllender, das Velum nach vorn drängender Tumor. Der Knabe athmet durch den Mund, hatte einige Male Erstickungsanfälle. Innerhalb 4 Monaten wurde der Polyp durch galvanocaustische und Chromsäureätzungen verkleinert, so dass sich die Athmung besserte. Später kam er bei Brechbewegungen bis an die Zähne und wurde zum grossen Theil mit der Schlinge abgetragen. Der anfangs sehr widerspenstige Kranke war indessen etwas gelehriger geworden. Nach einigen Tagen wurden vom Rachen, sowie von der Nase aus die Reste mit der Schlinge entfernt.

2. Analoger Fall.

In beiden Fällen war von „competenten" Untersuchern die Rhinoscopie post. resp. die Digitaluntersuchung des Nasenrachenraumes unterlassen worden. M. macht auf die Wichtigkeit derselben aufmerksam. KURZ.

30) **Castelain. Sarcom des Nasenrachenraums. (Sarcome naso-pharyngien.)** *Soc. centrale de méd. du departement du Nord. 17. April 1885. — Bullet. méd. du Nord. No. 4. 1885.*

Vorzeigen anatomischer Präparate, herrührend von einem plötzlich an Sarcoma nasopharyngeum Verstorbenen. Ein operativer Eingriff war nicht versucht worden. Der Fall soll noch näher publicirt werden. E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

31) **William A. Love** (Atlanta, G.) **Die diagnostische Bedeutung des weichen Gaumens im Vergleich zu der Zunge bei gewissen pathologischen Zuständen. (Diagnostic value of the soft palate as compared with the tongue in certain pathological conditions.)** *Atlanta Med. Surg. Journal, Febr. 1885.*

In einem interressanten Essay bespricht der Verf. zunächst die pathognomonische Bedeutung des Aussehens der Zunge, insbesondere das der Zungenoberfläche als ein Wegweiser für physiologische oder pathologische Zustände der Schleimhaut des Magens, sowie des Tractus intestinalis. Er ist ferner der Ansicht, dass in vielen Fällen dieses Organ, ebenso wie andere Theile der Mundhöhle, viele verschiedene pathologische Zustände sowohl des Gesammtorganismus wie einzelner Gewebe erkennen lässt. Als Beweis hierfür führt er das eigenthümliche Aussehen der Zunge bei Malaria an.

Hierauf bespricht er den Werth des Aussehens des Gaumengewölbes und des weichen Gaumens für die Diagnose.

Eine starke (capilläre) Vascularisation der Schleimhaut und des Periosts bei gleichzeitiger Durchsichtigkeit derselben, ebenso der knöchernen und musculären Basis, liefert ein günstiges Zeichen zur Erkenntniss sehr wichtiger Processe sowohl in pathologischer wie in therapeutischer Hinsicht.

Besonders aufgeführt werden:

1. Die Farbe des Liquor sanguinis.

2. Die Spannung oder Atonie der Gefässe rücksichtlich des Widerstandes, welchen sie dem Durchtritt der Blutkörperchen entgegensetzen, oder, mit anderen Worten, durch Inspection dieser Stellen sind wir im Stande, erstlich ziemlich genau die färbende Substanz (Biliverdin) abzuschätzen, welche das Plasma färbt, zweitens nahezu correct „die Thätigkeit" des vasomotorischen Nervensystems, besonders soweit es den Tractus alimentarius versorgt, zu bestimmen.

Practische Erläuterungen über den Werth solcher Beobachtungen finden sich in der Originalabhandlung. So zeigt z. B. die Schleimhaut wie das Periost in denjenigen Zuständen, welche man als „biliös" zu bezeichnen pflegt, ohne Ausnahme eine gelbliche Färbung von hellerer oder dunklerer Schattirung: Ein Beweis für das Vorhandensein von Biliverdin in dem Liquor sanguinis.

Andererseits liefert die gelbe Färbung der Mucoperiostmembran des Gaumens ausnahmslos eine dringende Indication zur Verabreichung von Cholagogis, wie umgekehrt das Fehlen dieser Färbung mit gleicher Sicherheit anzeigt, dass die genannten Mittel hinreichend gegeben wurden, resp. dass sie nicht nothwendig sind. Ebenso dient das Aussehen der Gaumenoberfläche auch bei anderen pathologischen Zuständen als ein zweckmässiger Führer.

Bei der ganzen Classe derjenigen Krankheiten, welche man als exanthematische bezeichnet, zeigt sich die Eruption 12—24 Stunden, zuweilen noch längere Zeit früher auf dem Gaumen, als auf der Cutis.

Ebenso ist bei Reizzuständen und beginnenden Entzündungen des Darmes, beim Fortschreiten, wie Rückgang der Enteritis und Ruhr der weiche Gaumen ein zuverlässigerer Zeuge für den Zustand der Darmschleimhaut als die Zunge.

LEFFERTS.

32) **Bryson Delavan** (New-York). **Schiesspulver im Gaumen. (Lodgement of gunpowder in the roof of the mouth.)** *N.-Y. Med. Journal. 14. Febr. 1885.*

D. berichtet folgenden Fall: Ein Italiener, welcher an tuberculöser Laryngitis litt, war, wie die Anamnese mit Sicherheit ergab, syphilitisch gewesen und local mit Arg. nitr. behandelt worden. Er hatte mehrere tiefe und ausgedehnte Narben gerade vorn am Velum und eine Reihe schwärzlicher Punkte am Palat. durum. Diese sonderbaren Flecke konnte D. sich erst erklären, als er erfuhr, dass Pat. bei einem Selbstmordversuch sich in den Mund und in den Pharynx geschossen hatte. Die Flecke verdankten offenbar ihre Färbung dem in der Schleimhaut sitzenden Schiesspulver.

LEFFERTS.

33) **J. H. Claiborne. Spalte im rechten vorderen Gaumenbogen, angeborenes Fehlen der beiderseitigen Tonsillen. (Hiatus in the anterior pillar of the fauces of the right side, with congenital absence of tonsil on either side.)** *Americ. Journal Med. Soc. April 1885.*

Patient, ein Mann von 58 Jahren, entdeckte zufällig, als er am Spiegel in seinen Hals sah, eine unnatürliche Oeffnung auf der rechten Seite. Der Spalt war nicht ein vollständiger, er stellte sich vielmehr als eine Nische oder Rinne mit einer gleichmässigen Breite von 3 Linien dar. Die Rinne begann oben und ein wenig nach innen, in gleicher Höhe mit der Basis der Uvula, und erstreckte sich, in einer Länge von circa 6 Linien, nach unten und aussen gegen die Mitte des vorderen Gaumenbogens, in gleicher Höhe mit dem oberen Rande des Processus alveolaris. Sie war oben ein wenig seicht und wurde allmälig tiefer, so dass sie an ihrem unteren Ende eine Tiefe von 1—1½‴ erreichte. Gerade unterhalb der Mitte der Nische, näher zum medianen als zum temporalen Rande sah man eine fistulöse Oeffnung von oblonger Gestalt, deren längere Axe abwärts gerichtet und ungefähr 1—1½‴ weit war. Wenn man die Sondenspitze einführte, so schien das Loch blind zu enden; sobald man jedoch die Sonde nach unten, innen und ein wenig nach hinten neigte, so kam man in den Raum zwischen dem vorderen und hinteren Gaumenbogen, wo man sie deutlich sehen konnte. Weder hier noch in dem correspondirenden Raum der anderen Seite konnte man eine Spur einer Tonsille sehen. Die Ränder der Nische waren nirgends scharf be-

grenzt, sondern weich und eben. Es zeigte sich kein Narbengewebe. Pat. entsann sich nicht, irgend eine Halsaffection gehabt zu haben, welche den Befund erklären konnte. Er war ihn thatsächlich nicht eher gewahr geworden, als bis er ihn, wie oben erwähnt, zufällig entdeckte. Dieser abnorme Zustand wurde einige Zeit beobachtet, während deren die Oeffnung jedenfalls grösser geworden war und auch die andere Seite in Mitleidenschaft gezogen hatte. LEFFERTS.

34) **Schmiegelow** (Kopenhagen). **Ein Fall von einseitigem Defect in dem rechten hinteren Gaumenbogen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 2. 1885.*

Obenbenannte Anomalie hält Verf. für eine congenitale Hemmungsbildung, obwohl dieselbe erst in dem 27. Lebensjahre des Pat. entdeckt wurde; gegen die Entstehung des Defectes aus ulcerativen Vorgängen spräche der völlige Mangel cicatricieller Veränderungen in dessen Umgebung. Störungen der Phonation und Deglutition waren nicht vorhanden, in den von Chiari und Schapringer mitgetheilten Fällen lag der Defect in dem vorderen Gaumenbogen. SCHECH.

35) **U. Trélat** (Paris). **Ueber den Werth der plastischen Operationen am Gaumen und über die Bestimmung des Alters, in welchem es rathsam ist, sie auszuführen. (Sur la valeur des opérations plastiques sur le palais et sur la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer.)** Vortrag, gehalten in der „Académie de médecine". Sitzung vom 16. und vom 23. December 1884. *La tribune méd. No. 854, 856, 857. 28. Dec. 1884. 11., 18. Januar 1885.*

Plastische Operationen am Gaumensegel werden schon seit 60 Jahren, die des harten Gaumens erst seit 25 Jahren geübt.

Roux, der dritte aber wirkliche Erfinder der Staphylorraphie, übte diese und operirte zwar auch kleine Fisteln des harten Gaumens, aber nicht die angeborenen Spalten desselben. Erst Baizeau, Ollier und Langenbeck begründeten die Palatoplastik, die besonders, nachdem man anfing diese Operation auch in der Narcose auszuführen, häufiger geübt wurde. Ueber die Zeit, wann operirt werden sollte, gingen die Autoren in ihren Meinungen sehr auseinander. So nahmen Dieffenbach, Sédillot und Fergusson das 12. Lebensjahr an, Langenbeck das 7., Thomas Smith das 2. bis 4., Ehrmann mehrere Monate und Otto Weber (Bonn) und Billroth, während er noch in Zürich war, stiegen auf 4 Wochen herab und Rouge (Lausanne) sogar auf 8 Tage. — Ebenso sehr differirten die Ansichten über die Vortheile der Operation vor der Prothese und Nélaton gab z. B. der letzteren den Vorzug. T. gelangte auf Grund der verschiedenen Resultate, die er an 46 operirten Fällen erzielt hatte, zu den Schlüssen, dass nie vor dem 7. Lebensjahr operirt werden soll. Vor dieser Zeit ausgeführt, ist die Operation gefährlich und unnütz. Der Erfolg der Operation ist zum grossen Theile davon abhängig, welche Erziehung dem Operirten vor der Operation von dem Momente an, wo er die ersten Sprachversuche machte, zu Theil wurde, und welche Uebungen des Sprachorgans nach derselben vorgenommen wurden. Aufmerksame und unermüdliche Erziehung von frühester Kindheit an geben allein sichere Anhaltspunkte für die Prognose einer functionellen Besserung nach der Operation. Der Autor belegt diese Sätze mit zahlreichen Beispielen aus seiner

Praxis. — Die Prothese möge nur angewendet werden, wo die Operation missglückte, wo die Defecte des harten Gaumens zu grosse sind und endlich bei messerscheuen Individuen. Ihr Nutzen ist gewöhnlich ein sehr geringer, denn sie erfordert ein langes Angewöhnen und willensfeste Individuen. Der Vortheil der Uranoplastik vor den Prothesen zeigte sich dem Autor in 4 Fällen (2 Kinder und 2 Erwachsene) in eclatanter Weise, indem zuerst ohne Erfolg Prothesen getragen wurden und dann nach der Operation Heilung und bedeutende functionelle Besserung eintrat. T. verlor keinen einzigen der 46 Fälle. Zum Schluss giebt er nähere Details des Operationsverfahrens.

E. J. MOURE.

36) C. Sauer (Berlin). **Prothese einer Gaumenspalte und eines Gaumendefectes.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 46. S. 420. 1885.*

Demonstration in der Berl. Med. Gesellschaft mit Bemerkungen über Prothesen der Nase.

B. FRAENKEL.

37) J. H. Morgan (London). **Operative Massregeln bei Gaumenspalten und ihr Einfluss auf die Stimme. (Operative procedures in cleft palate and their effects upon the voice.)** *Brit. Med. Journal. 7. März 1885.*

Der Autor dieses am 19. Februar vor der Harveian Society von London gehaltenen Vortrags ist ein entschiedener Anhänger operativen Verfahrens versus Obturator. Für die zur Operation geeignetste Periode hält er das Alter von $2^1/_2$ bis 3 Jahren. Er empfiehlt den weichen Gaumen an seiner Anheftung an den harten mittelst gekrümmter Scheeren zu spalten, und auch lange Incisionen parallel den Rändern der Fissur zu machen, um spätere Spannung und Störung der Muskelthätigkeit des weichen Gaumens beim Abschluss der Nasenrachenhöhle vom eigentlichen Rachenraume zu verhüten. Nach der Operation sei systematische Stimmerziehung von höchster Bedeutung. Von 25 von dem Autor operativ behanhandelten Fällen seien in 14 vollkommene, in 10 theilweise Erfolge erzielt worden, ein Fall habe beim ersten Versuche völlig negatives Resultat gehabt, sei aber später erfolgreich behandelt worden. — In der Discussion bemerkte Mr. Carmalt Jones, dass er es für besser hielte, operatives Eingreifen bis zur Pubertätsperiode zu verschieben, da er Fälle gesehen habe, in denen 10 Jahre nach der Operation der weiche Gaumen sich im Zustande höchster Spannung befunden habe. Mr. Pick vertheidigte dem gegenüber mit Berufung auf eigene vorzügliche Erfolge die frühere Operation. Auch er befürwortete ausgiebige Incisionen und spätere methodische Erziehung deutlicher Articulation. In einzelnen Fällen leiste der Obturator mehr, als das Messer des Chirurgen.

SEMON.

38) Tillaux (Paris). **Adenom an der oberen Fläche des Gaumensegels. (Adénome de la face supérieure du voile du palais.)** *Gaz. des hôp. No. 33. 19. März 1885.*

Besprechung und Operation obigen Falles, der eine 49jährige Frau betraf. Die Diagnose auf Adenom war per exclusionem gestellt worden. Da der Nasenrachenraum frei war, so war noch dazu mit Rücksicht auf das Alter der Pat. ein Nasenrachenpolyp auszuschliessen. Gegen Schleimpolyp sprach der Umstand, dass der Tumor nicht gestielt aufsass und nicht flottirte. Gegen ein malignes

Neugebilde sprach das stationäre Verhalten seit einem Jahre, das Nichtangeschwollensein der Lymphdrüsen und das gute Allgemeinbefinden.

Das Gaumensegel wurde gespalten und der Tumor vom Munde aus enucleirt. Locale Anästhesie mittelst Cocain. E. J. MOURE.

39) **R. A. Schufeldt. Zwei Uvulae bei einem Manne. (Two uvulae in a man.)** *New-York Medical Journal. Vol. XLI. No. 26. p. 723. 27. Juni 1885.*

Sie wurden bei einem 23jährigen Mann beobachtet und boten einige Characteristica der gespaltenen Uvula dar. Die benachbarten Theile waren alle normal. Jeder Theil erschien als eine unabhängige Uvula von ganzer Grösse und konnte sich allein contrahiren, sobald ihr Rand gereizt wurde. Reizt man die Ränder beider Uvulae gleichzeitig, so contrahiren sich beide zugleich. LEFFERTS.

40) **Gilbert Ballet. Ueber das hyperacute suffocative Oedem der Uvula. (De l'oedème suraigu suffocant de la luette.)** *La France méd. No. 27. 5. März 1885.*

B. beschreibt 3 Fälle, in denen e frigore plötzlich Oedem des Zäpfchens auftrat, das namentlich im ersten Falle, der einen Collegen betraf, zu hochgradiger Dyspnoë führte, die erst wich, als B. das Zäpfchen abgetragen hatte. Die blossen Scarificationen blieben erfolglos. Im zweiten Falle reichten diese aus, um das Zäpfchen abschwellen zu machen und im dritten Falle genügte ein adstringirendes Gurgelwasser. E. J. MOURE.

41) **Heurtaux** (Nantes). **Sarcom des Oberkiefers. (Sarcome du maxillaire supérieur.)** *Soc. anatom. de Nantes. März 1885. — Gaz. méd. de Nantes. No. 6, 9. April 1885.*

Vorzeigen der Geschwulst, die sich bei einem 26jährigen Manne innerhalb 5—6 Monaten entwickelt hatte. Sie nahm die hintere Partie des Oberkieferbeines, den harten und weichen Gaumen ein und überschritt die Mittellinie. Man exstirpirte den Oberkiefer, liess aber den Boden der Orbita zurück. Der Kranke ist auf dem Wege der Genesung. E. J. MOURE.

42) **Lenger** (Lüttich). **Sarcomatöse Epulis am linken Oberkiefer. Partielle Resection. Heilung. (Epulis sarcomateuse du maxillaire supérieure gauche. Résection partielle. Guérison.)** *Annales de la Société Médico-Chirurgicale de Liége, Januar 1885.*

Der Titel giebt das Wesentliche wieder. BAYER.

43) **Schindler** (Bielefeld). **Fall von Riesenzellensarcom im Munde bei einem Kinde erfolgreich operirt.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 8. 1885.*

Wallnussgrosse, leicht blutende Geschwulst am Boden der Mundhöhle unter der Zunge bei einem 12jährigen Mädchen; nachdem die Hauptmasse mittelst der galvanocaustischen Schlinge entfernt worden war, wurde wegen beständiger Recidiven der am Zahnfleisch sitzenden Partie ein Theil des Unterkieferalveolarrandes resecirt und damit völlige Heilung erzielt. Auffallend ist das Vorkommen der Geschwulst bei einem so jugendlichen Individuum. SCHECH.

44) **Prieur** (Klinik Tillaux, Paris). **Zungenepitheliom. Discussion des Operationsverfahrens. (Epithélioma de la langue. Discussion du mode opératoire.)** *La Tribune méd. No. 880. 28. Juni 1885.*

E. giebt einen Vortrag Tillaux's wieder, der über einen typischen Fall von Zungenepitheliom handelt und in welchem in Kürze die verschiedenen Operationsmethoden besprochen werden. Nichts von Belang. E. J. MOURE.

45) **Coursier. Behandlung der Speichelfisteln des Ductus Stenonianus. (Traitement des fistules salivaires du canal de Sténon.)** *Thèse. No 89. 10. Januar 1885.* Paris. Henry Ollier.

In obiger These werden die bekannten Operationsmethoden zur Heilung der Fisteln des Ductus Stenonianus besprochen und die Vorzüge des neuen von Richelot in der Pariser chirurgischen Gesellschaft in der Sitzung vom 5. Juli 1883 vorgeschlagenen Verfahrens betont.

Da der Gegenstand über den Rahmen dieses Fachblattes hinausragt, so muss der sich hierfür Interessirende auf's Original verwiesen werden. E. J. MOURE.

46) **Kirk Duncanson** (Edinburgh). **Sarcom des harten Gaumens. (Sarcoma of the hard palate.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1885.*

Das Specimen wurde der Edinb. Med. Chir. Soc. am 7. Januar 1885 vorgezeigt. Die Geschwulst, die sich microscopisch als theilweise myxomatös degénerirtes Rundzellensarcom erwies (Untersuchung Dr. Woodhead's), wurde nach dreimaliger Pinselung mit einer 20proc. Cocainlösung fast schmerzlos entfernt. Nur als die Basis der Geschwulst ausgeschnitten wurde, empfand Pat. Schmerz. SEMON.

47) **F. H. Bosworth** (New-York). **Diffuses Rundzellensarcom, umfassend die hintere Nasenhöhle, das Pharynxgewölbe, den weichen Gaumen, den Arcus glossopharyng., die rechte Tonsille und die untere Partie des Pharynx. Operation. Heilung. (A case of diffuse round-cell sarcoma involving the posterior nares, vault of the pharynx, soft palate, pillar of the fauces, right onsil and lower pharynx. Operation. Cure.)** *N.-Y. Medical Record. 17. Jan. 1885.*

Es handelt sich um einen Mann von 42 Jahren. Der Fall wurde vorgestellt, da er viele Punkte von Interesse bietet, sowohl rücksichtlich seiner besonderen Schwere, als auch wegen seiner Ausdehnung, da der maligne Tumor alle Gewebe der Fauces ergriffen hatte. Ausserdem ist die Methode seiner Exstirpation einigermassen neu, wie auch der vollständige Erfolg der Operation bemerkenswerth. B. hatte sich dafür entschieden, den Tumor stückweise zu entfernen, indem er nur kleine Massen in solcher Weise fortnahm, dass soviel als möglich jeder Shock vermieden wurde. Er erreichte dies mit dem Drahtschlingenecraseur, einer gekrümmten Modification des Jarvis'schen Schlingenschnürers. Später wandte er den Galvanocauter dabei an, welcher eine deutliche Verschlimmerung aller Symptome im Gefolge hattte: Der Tumor am weichen Gaumen bekam ein entzündliches und bedrohliches Aussehen. Da dieser Zustand andauerte, so kam B. zu der Ueberzeugung, dass der Galvanocauter in nicht geringem Grade für die schlechte

Wendung, welche der Fall genommen hatte, verantwortlich sei. Er entschloss sich daher, seinen ursprünglichen Plan wieder aufzunehmen. Denn bei jeder Application des Galvanocauter trat eine bemerkenswerthe entzündliche Reaction ein, die mit jeder folgenden Application sich steigerte. Er kehrte also wieder zu dem Ecraseur zurück; die Sache nahm ihren guten Fortgang; die letzten Theile der Geschwulst wurden vollständig entfernt und Patient geheilt. (Bis jetzt ist kein Recidiv aufgetreten.)

Der Autor bemerkt hierzu, dass, so lange er die Operation in der Weise ausführte, dass er mit der Schlinge kleine Stücke fortnahm, ein guter Fortschritt sich zeigte. Sobald er aber, wie er schnell zu seinem Unglück erfuhr, den Galvanocauter anwandte, so wuchs der Tumor durch heftige entzündliche Reaction rapide, selbst wenn er nur ein kleines Stückchen zerstörte.

Er wirft daher die Frage auf, ob der Galvanocauter nicht sehr überschätzt würde und ob seine Anwendung nicht ebensoviel, wenn nicht mehr, Schaden als Gutes gestiftet hätte: „Alle Caustica sind ein Uebel, aber oftmals ein nothwendiges Uebel. Wenn sie in Anwendung gezogen werden, um krankhaftes Gewebe zu zerstören, so setzen sie immer eine entzündliche Reaction von mehr oder weniger schwerem Character in dem benachbarten Gewebe. Das ist in jedem Falle nachtheilig. Das Causticum, welches eine Aetzung mit der schwächsten Reaction bewirkt, ist daher das Beste; dasjenige, welches die schwerste Reaction nach sich zieht, ist das schlechteste. Ich glaube zu der Behauptung berechtigt zu sein, dass das Cauterium potentiale, dessen Wirkung von der Hitze abhängig ist, eine bei Weitem grössere Reaction hervorruft, als ein chemisches Agens. In dem einen Falle tritt zu der caustischen Wirkung noch die Hitze hinzu, während bei dem chemischen Agens die Hitze in Fortfall kommt. Wenn wir demnach unsere Ansicht erreichen können, ohne den erkrankten Theil einer intensiven Hitze auszusetzen, so glaube ich, sind wir verpflichtet, in der Weise zu operiren, welche am wenigsten Nachtheil im Gefolge hat. Ich bin der Ansicht, dass es keine einzige Indication zum Gebrauch der Caustica giebt, welche nicht in wirksamerer, zuverlässigerer, milderer und weniger nachtheiliger Weise durch andere einfachere Methoden erfüllt werden kann, als durch den Galvanocauter." LEFFERTS.

48) **Joseph Bell** (Edinburgh). **Fibro-celluläre Fettgeschwulst der Parotis und des Pharynx. (Fatty and fibro-cellular tumour of the right parotid gland and region of the pharynx.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1885.*

Das Specimen, das nach prophylactischer Tracheotomie durch äusseren Einschnitt von einer Frau mittleren Alters entfernt worden war, wurde der Edinburgher Med.-Chir. Society in der Sitzung vom 3. December 1884 vorgelegt. Ein äusserer Tumor hatte seit Jahren bestanden. Kürzlich hatte sich eine schnell wachsende Geschwulst in der rechten Pharynxhälfte, welche bei Rückenlage der Kranken starke Dyspnoë verursachte, der äusseren zugesellt. Die Operation bestätigte die vorher gehegte Vermuthung, dass beide Tumoren zusammenhingen. Die Patientin genas vollständig. SEMON.

d. Diphtheritis und Croup.

49) **Adolph Rupp. Bemerkungen über den diphtheritischen Croup und die Frage, ob die Tracheotomie beim diphtheritischen Croup gefährlich ist. (Remarks on diphtheritic croup, and the question, is the operation of tracheotomy in diphtheritic croup dangerous?)** *N.-Y. Med. Record. 21. März, 28. März 1885.*

Die lange Abhandlung bildet in der Hauptsache eine Kritik der Winterschen Arbeit, welche im Auszug in dem Centralblatt (vide I., p. 358) erschienen ist.

Als das Resultat seines Studiums obiger Frage gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Tracheotomie an sich bringt in vielen Fällen, wenn sie sorgfältig ausgeführt wird, keine oder nur geringe Gefahr für das Leben mit sich; aber selbst in den besten Händen wurde sie unmittelbar für das Leben der Patientin gefahrvoll.

2. Unglückliche Zufälle können bei aller Sorgfalt eintreten, und wenn behauptet wird, dass sie allgemein durch mangelnde Sorgfalt bedingt werden, so heisst das, die Verhältnisse nicht blos übertreiben, sondern sie direct unrichtig angeben.

3. Sie beugt der Asphyxie vor, wenn diese durch Larynxstenose bedingt wird und wenn der diphtheritische Process zum Stillstand kommt, ohne die Bronchien etc. zu ergreifen.

4. Sie beseitigt das mühsame und beschleunigte Athmen und vermindert die Erschöpfung in dem Maasse, als diese Symptome durch Larynxstenose hervorgerufen werden. Hier schafft die Tracheotomie Besserung, aber auch nichts weiter, als dies.

5. Sie ist unsere letzte Zuflucht, um die durch Larynxstenose bewirkte Suffocation zu heilen, aber sie beeinflusst nicht in anderer Hinsicht die Krankheit. Es ist nicht klug, allzuviel Vertrauen in diese Operation zu setzen, wir können sonst in unliebsame Lagen kommen.

6. Sobald die Operation die Larynxstenose beseitigt, so hat sie Alles geleistet, dessen sie fähig ist. Natürlich kann das Fortbestehen der primären Krankheit, zu langes Aufschieben der Operation, oder Nachlässigkeit nach derselben die Tracheotomie nutzlos machen; aber man darf sie nicht für das Fehlschlagen der Operation verantwortlich machen.

7. Die Operation soll, wenn möglich, zur rechten Zeit vorgenommen werden, d. h. dann, wenn die Larynxstenose dauernd und progressiv, und die regelmässige Respiration behindert wird. Sie soll nicht unnöthig früh, aber auch nicht zu spät gemacht werden. Ueberhaupt zu spät ist es jedoch niemals, denn es sind durch die Operation Fälle dem Leben zurückgegeben worden, bei welchen bereits Anästhesie und Asphyxie bestand.

8. Operire mit Einsicht und Sorgfalt und nicht unnöthig schnell, so dass du, wenn sich unvermeidliche Gefahren einstellen, diese in geeigneter Weise überwinden kannst, und kein Tadel auf dich, deine Gewissenhaftigkeit und deine Geschicklichkeit fallen kann.

9. Die Statistik ist werthlos, wenn man nicht auf den Character der Epidemie und viele andere Eigenthümlichkeiten Rücksicht nimmt. Die gesammten Statistiken zeigen, dass von den mit Larynxstenose complicirten Diphtheriefällen wahrscheinlich je einer auf vier bis fünf gerettet wird. Der Tod ist der „sichere" Ausgang und bedarf keiner weiteren Erklärung.

10. Patienten, die nach der Operation sterben, würden höchst wahrscheinlich auch sonst gestorben sein. Der beste Trost in solchem Falle ist der, dass wenn auch das Leben nicht erhalten blieb, die Leiden in einem gewissen Umfang zuletzt gemildert wurden, und dass das Bestmöglichste zur Rettung des Patienten angewandt wurde. LEFFERTS.

50) **J. H. Ripley. Diphtheritischer Croup, Tracheotomie, Heilung. (Diphtheritic croup, tracheotomy, recovery.)** *N.-Y. Medical Record. 14. März 1885.*

R. demonstrirte vor der Patholog. Gesellschaft (N.-Y.) einen Abguss der Trachea und der oberen Partie der Bronchien, den er bei einem Kinde entfernt hatte, das Anfangs Januar an Diphtherie erkrankt war. Am zweiten Tage wurde Dr. Milne gerufen, welcher beträchtliche Dyspnoë vorfand, die so wuchs, dass am 3. Februar Dr. R. zugezogen wurde, welcher die Tracheotomie machte. Die Krankheit war sehr rapide vorgeschritten, die Trachea mit Schleim, Eiter und einer Membran erfüllt. Nach der Operation athmete das Kind ganz leicht und befand sich bis zum folgenden Tage sehr wohl. In der Frühe des zweiten Tages nach der Operation wurde die Dyspnoë wieder sehr bedrohlich. Das Kind litt so schwer, dass der Verf. um 4 Uhr Morgens gerufen wurde, wo er mit Dr. Milnes die Canüle entfernte und glücklich einen Abguss der Trachea hervorzog, an welchem sich noch ein Abguss von einem der Aeste der Bifurcation der Bronchien befand. Es wurden dann noch mehrere Membranfetzen entfernt, die Canüle wieder eingelegt und das Kind konnte nunmehr wieder leicht athmen. Seit dieser Zeit verlief der Fall günstig, die Canüle wurde entfernt, die Wunde granulirte und gab sichere Hoffnung auf völlige Heilung. LEFFERTS.

51) **H. H. Lee. Ein Fall von glücklich abgelaufener Tracheotomie wegen Diphtherie bei einem jungen Kinde. (A successful case of tracheotomy for diphtheria in a young child.)** *Med. Record. 9. Mai 1885.*

Es handelte sich um ein Kind von $2^1/_4$ Jahren. Da L. keine Canüle zum Einlegen hatte, so zog er einen Silberdraht durch beide Ränder der Trachealwunde. Die Ränder wurden anfangs durch einen Assistenten getrennt gehalten, später wurden die Drähte im Nacken vereinigt und dadurch ein Zug auf die Wundränder ausgeübt. Nachher wurde eine Canüle eingelegt. LEFFERTS.

52) **J. Ewing Mears. Tracheotomie beim Croup.** Redactioneller Artikel. *Trans. Amer. Surgical Assn. Vol. II. Philadelphia, 1885.*

Ein Artikel, der vielleicht ebensoviel Aufmerksamkeit auf sich lenken wird, wie irgend ein anderer (wenigstens gegenwärtig hier in New-York), trägt den Titel „Tracheotomie beim Croup". Der Autor desselben, Dr. Gay, Arzt am Boston City Hospital, fasst in wenigen Worten den Unterschied zwischen Diphtherie und

membranösem Croup zusammen, wie diese Ausdrücke allgemein acceptirt sind. Ist die Operation gemacht und wird die Respiration durch die Anwesenheit von Blut in den Bronchien behindert, so sollen wir dieses niemals aussaugen, meint er, sondern in die Lungen hinabblasen. „Es ist eine physikalische Unmöglichkeit, etwas aus der Trachea aufzusaugen, wenn nicht die Luft freien Zutritt hat, um das Vacuum auszufüllen."

„. . . Die Natur entledigt sich der Fremdkörper in den Luftwegen durch angestrengte Exspirationen oder Husten und wir sollten versuchen, ihr nachzuahmen" (p. 389). Er hält nachfolgende Dampfinhalationen für eine vitale Bedingung zum Erfolge. LEFFERTS.

53) **Kennedy Jones. Tracheotomie bei Croup und Diphtherie. (Tracheotomy in croup and diphtheria.)** *Mississipi Valley Med. Monthly. April 1885.*

Die Absicht des Autors geht nicht dahin, einen erschöpfenden Artikel über die Operation der Tracheotomie mit allen ihren Details zu schreiben, sondern er hat nur den Wunsch, deren Vortheile zu betonen und zu einer frühzeitigen und häufigeren Ausführung dringend zu rathen. LEFFERTS.

54) **Gilbert Raymondaud** (La Haute-Vienne). **Ueber die Tracheotomie bei Croup. (De la trachéotomie dans le croup.)** *Journal de la soc. de méd. et de pharm. de la Haut-Vienne. No. 4. April 1885.*

R. bespricht die verschiedenen Operationsverfahren der Tracheotomie und hebt von diesen die drei wichtigsten heraus. Das erste Verfahren nach Trousseau ist das langsame mehrzeitige, das zweite ist das einzeitige, nach Saint-Germain, und das dritte ist das in zwei Zeiten ausgeführte, nach Bourdillat. — Von diesen drei Methoden giebt er der letzten den Vorzug, da sie schneller auszuführen ist als die erste nach Trousseau, der Schicht für Schicht trennt und nicht früher die Trachea eröffnet, als bis alles Blut gestillt ist, und da sie gefahrloser ist als die zweite Methode der in einem Schnitt auszuführenden Tracheotomie, bei der man leicht die Trachea fehlen kann und bei der die hintere Trachealwand angeschnitten werden kann.

Bei der Methode in zwei Zeiten begreift der erste Schnitt alle Schichten bis zur Trachea und mit dem zweiten, wenn man sicher ist, die Trachea vor sich zu haben, eröffnet man diese.

R. giebt zum Schlusse die Krankengeschichte von 6 Fällen von Croup, an denen er dieses Verfahren der Tracheotomie ausgeübt hat. E. J. MOURE.

55) **Bontemps** (Saumur). **Croup. Tracheotomie. Methode nach Renou. Schnelle Heilung. (Croup. Tracheotomie. Méthode du Dr. Renou. Guérison rapide.)** *Gaz. des hôpit. No. 35. 24. März 1885.*

Der Fall betraf ein 34 Monate altes Kind, bei dem am 5. Tage nach gemachter Tracheotomie und nach reichlicher Expectoration von Pseudomembranen die Canüle entfernt werden konnte. B. schreibt den günstigen Verlauf der angewendeten Behandlungsmethode von Renou zu: Einathmen von Wasserdämpfen, geschwängert mit antiseptischen Substanzen. E. J. MOURE.

56) **H. H. Lee. Ein glücklich verlaufener Fall von Tracheotomie wegen Diphtherie. (A successful case of tracheotomy for diphtheria.)** *N.-Y. Med. Record. XXVII. p. 123. 1885.*

57) **Mac Lane Tiffany. Zwei Fälle von Diphtherie, deren einer mit Erfolg tracheotomirt wurde. (Two cases of diphtheria, in one of which tracheotomy was successfully performed.)** *Maryland Med. Journ. XII. p. 239. 1884/85.*

58) **W. S. White. Bericht über sechs Fälle von Diphtherie. (Report of six cases of diphtheria.)** *Proceedings Nebrasca Med. Soc. p. 86. 1884.*

59) **Dunn. Ein Fall von Tracheotomie wegen Croup. Heilung. (A case of tracheotomy for croup. Cure.)** *North-Western Lancet. St. Paul. IV. p. 101. 1884/85.*

Obige Arbeiten bedürfen keiner Bemerkung. LEFFERTS.

60) **H. R. Wharton. Tracheotomie beim diphtheritischen Croup. (Tracheotomy in diphtheritic croup.)** *Philadelphia Med. Times. 7. März 1885.*

Ein Bericht über 5 Fälle von Tracheotomie, welche zur Beseitigung eines Respirationshindernisses in Folge von Diphtherie vorgenommen worden war. Der Artikel enthält ausserdem einige Bemerkungen über die Operation bei dieser Affection. Von den 5 Fällen starben 4, 1 wurde geheilt.

Der Autor hält den membranösen und diphtherischen Croup für nicht identisch. Was jedoch die chirurgische Behandlung betrifft, so ist, nach seiner Meinung, eine exacte Diagnose von geringer Bedeutung: denn für beide Krankheiten besteht dieselbe Indication, nämlich die Beseitigung der Dyspnoë; bei beiden wird sie durch das gleiche operative Verfahren überwunden. Wird es sorgfältig geübt, dann complicirt es nicht nur nicht den Fall, sondern es beseitigt eine unmittelbare Lebensgefahr. Ja, es bietet in einer Reihe von Fällen, welche, sich selbst überlassen, fast ausnahmslos tödtlich enden, die einzige Chance zur Rettung.

LEFFERTS.

61) **Bouchard** (Saumur). **Diphtherie; Tracheotomie; Methode Renou; Heilung. (Diphthérie; trachéotomie; méthode du docteur Renou; guérison.)** *Gazette des hôpit. No. 16. 7. Februar 1885.*

B. modificirte in obigem Falle die von Renou angegebene Mischung (siehe No. I., Ref. 17 dieser Zeitschr.), da selbe bei manchen Kranken grosse Trockenheit im Munde und in der Kehle und grossen Durst erweckte. Er giebt in das zu verdampfende Wasser alle 2 Stunden einen Esslöffel folgender Mischung: crystallisirte reine Carbolsäure (35), Alcohol (50), „Vinaigre antiseptique de Pennès" (150), Wasser (450). E. J. MOURE.

62) **H. D. Chapin** (New-York). **Tracheotomie wegen diphtheritischen Croups. (Tracheotomy for diphtheritic croup.)** *New-York Medical Record. 24. Jan. 1885.*

Kind von $3^1/_2$ Jahren, Tracheotomie, Tod. Das Neue in der Behandlung dieses Falles war die Anwendung einer warmen Lösung von Trypsin in Form eines Spray auf die unteren Partien der Trachea nach der Operation.

In der Discussion über diesen Fall bemerkte Dr. J. Lewis Smith, dass er

niemals so schnell die Pseudomembranen hätte schwinden sehen, als wenn er folgende Ordination mittelst eines grossen Kameelhaarpinsels halbstündlich auf die Fauces applicirte:

Rp. Extr. pancreat. 4,0.
Natr. bicarb. 8,0.
M. Einen gehäuften Theelöffel voll auf 6 Theelöffel warmen Wassers zum Pinseln.

Das gute Resultat mag zum Theil auf das Alkali zurückzuführen sein, aber er ist der Ansicht, dass das Trypsin besonders wirksam ist.

Dr. Jacobi äusserte, dass, wenn der Croup nach der Tracheotomie abwärts steigt, in einer Reihe von Fällen die Kinder in einer ähnlichen Weise, als wenn sie nicht operirt wären, sterben, nämlich an Stenose. Sie tritt jedoch nicht so hochgradig auf, wie bei Nichtoperirten.

Das beweise, dass die Stenose des Larynx sich ein wenig von der Stenose der Bronchien unterscheide. Es bestehe zwar hier Dyspnoë, mit Einsinken der Supra- und Infraclavicularregion und des Epigastrium, aber sie erreichte nicht einen so hohen Grad. Ausserdem ist bei uncomplicirter Larynxstenose die Inspiration gedehnt und langsam. In der grossen Mehrheit der Fälle von Bronchialstenose hingegen ist die Respiration nicht so tief, sondern frequenter und hat mehr den Character wie bei einer entzündlichen Affection; d. h. wenn die membranöse Exsudation abwärts steigt, so haben wir es nicht mehr mit der Respiration eines reinen, uncomplicirten Croup zu thun, sondern mit einer Combination dieses und einer entzündlichen Krankheit des Respirationstractus. Die Kinder sterben nicht nur an Larynxstenose, sondern an der sie complicirenden Lungenanschoppung, Bronchitis, Oedem etc. Dr. Jacobi glaubt, dass dieses Factum für diagnostische Zwecke von Nutzen sein könnte.

LEFFERTS.

63) A. G. Osborn (Dover). **Mangelnde Durchdringung auskleidender Pseudomembranen: eine wenig beachtete Gefahr bei der Tracheotomie. (Non-penetration of the lining false membrane: an unnoticed danger in tracheotomy.)** *British Med. Journal. 17. Jan. 1885.*

Der Autor berichtet einen Fall von Kehlkopfdiphtheritis, in welchem der Patient daran zu Grunde ging, dass die Canüle zwischen Trachealwand und Pseudomembran gelangte, letztere vor sich herschob, und so vollständigen Luftabschluss erzeugte. O. ist der Ansicht, dass auf diese Gefahr bisher wenig geachtet worden sei. (Die einfache Einführung einer Federspule oder eines elastischen Katheters würde sofort den Beweis liefern, dass die Canüle verstopft ist. Ref.) — In einem in der Nummer vom 24. Januar 1885 veröffentlichten Briefe an den Redacteur des Brit. Med. Journal zeigt Mr. Howard Marsh, dass er dieser Gefahr, sowie der des sogenannten „decollement“ der Trachealschleimhaut bereits im Jahre 1867 in den St. Bartholomew's Reports Erwähnung gethan habe.

SEMON.

64) E. F. Ingals. **Diphtheritischer Croup. Lebensrettung durch Entfernung einer Pseudomembran aus dem rechten Bronchus. (Diphtheritic croup. Life**

saved by removal of false membrane from the right bronchus.) *Philadelphia Med. News. 28. März 1885.*

Am Abend des zweiten Tages nach der Tracheotomie wurde Dr. Ingals schleunigst wegen einer plötzlich eingetretenen schweren Dyspnoë gerufen. Er fand den Patienten nach Luft ringend vor, der Erstickung nahe.

Es wurde die Canüle entfernt und alle Anstrengungen gemacht, um die Trachea frei zu machen; aber soweit die gewöhnliche Trachealzange reichte, konnte nichts gefunden werden, was die Verstopfung hätte bewirken können. Nachdem Dr. Ingals sich überzeugt hatte, dass die Oeffnung und die Trachea frei seien, führte er eine elastische Kehlkopf-Röhrenzange bis zur Bifurcation der Trachea hinab und schliesslich in den rechten und den linken Bronchus hinein. Einmal stiess er zufällig auf das Septum zwischen beiden Hauptbronchen; aber da er den Widerstand fühlte, so war er im Stande, ohne Verletzung der Theile vom Hinderniss sich frei zu machen. Schliesslich als man jede Hoffnung aufgab, und der Tod des Patienten unausbleiblich erschien, wurde ein grosser Pflock einer Pseudomembran aus dem rechten Bronchus hervorgezogen und sogleich war die Dyspnoë gehoben. Bis ungefähr 2 Uhr A. M. befand sich Patient wohl, als wiederum Dyspnoë eintrat; als Dr. Ingals wiederum einen Pflock aus dem rechten Bronchus hervorholte, trat unmittelbare Besserung ein. Später zeigte sich keine gefahrdrohende Dyspnoë mehr.

In diesem Falle war die Tracheotomie rechtzeitig ausgeführt worden, mit unmittelbarer Erleichterung und ohne dass sich unterhalb der Eröffnungsstelle der Trachea eine Membran gezeigt hätte. Nichtsdestoweniger hatte sich eine diphtheritische Membran schliesslich auf die Trachea und die Bronchen ausgedehnt und der Fall wäre in der Zeit, wo gewöhnlich der Exitus letalis eintritt — nämlich 48—72 Stunden nach der Operation — tödtlich verlaufen, hätte man nicht die Pseudomembran aus dem rechten Bronchus entfernt. Vielleicht dürften manche in dieser Zeit unglücklich endende Fälle durch ein ähnliches Verfahren zu retten sein.

Die Indication für dieses Verfahren liefert die schwere Dyspnoë, mag sie sehr schnell oder plötzlich bei freier Trachea auftreten. Abgeschwächtes Athmen über der einen Lunge allein dürfte den Sitz der Pseudomembran angeben.

LEFFERTS.

65) **B. Shadwell** (London). **Ein Instrument zur Entfernung von Pseudomembranen nach der Tracheotomie. (Instrument for the removal of false membrane after tracheotomy.)** *Lancet. 21. März 1885.*

Das Instrument besteht aus einem Schröpfkopf-ähnlichen Glasbecher, der der Convexität des Halses angepasst ist und über der Tracheotomiewunde so aufgesetzt wird, dass der betreffende Theil des Halses völlig bedeckt ist. In das spitz zulaufende Ende des Bechers ist ein Metallrohr eingefügt, über dessen anderes Ende ein Gummischlauch gezogen ist, und dieser wiederum steht mit einer Saugspritze in Verbindung. Durch die Action der letzteren soll ein Vacuum in dem Becher geschaffen werden, Luft strömt angeblich von den Lungen aufwärts, um das Vacuum zu ersetzen, und mit dem Luftstrom werden die obstruirenden Massen nach oben gerissen.

Das ist nun freilich theoretisch sehr hübsch und einfach, und mag sich vielleicht auch als practisch erweisen; es wäre aber doch wünschenswerth gewesen, dass der Verf., statt nur an Leichen zu experimentiren, seinen Apparat in vivo erprobt hätte, ehe er ihn empfahl. Dies ist nicht geschehen. SEMON.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

66) **Paul Meyer. Ueber einige Fälle von Larynxpolypen. (Sur quelques cas de polypes du larynx.)** *Mémoires de la soc. de méd. de Strasbourg. Tome XXI. 1885.* Strassburg. R. Schultz u. Comp.

Fünf Fälle von Kehlkopfpolypen werden ausführlich beschrieben.

E. J. MOURE.

67) **E. J. Moure** (Bordeaux). **Vorstellung eines Falles von Larynxpolyp, eines Falles von Cyste des rechten Stimmbandes und eines Falles von Lähmung der Cricothyroidei. (Présentation d'un cas de polype du larynx, d'un cas de kyste de la corde vocale droite et d'un cas de paralysie des crico-thyroïdens.)** *Soc. de méd. de Bordeaux. 22. Mai. — Journ. de méd. de Bordeaux. No 46. 14. Juin. 1885.*

Der erste Fall war durch die bedeutende Grösse des Polypen ausgezeichnet, der den Larynx fast ganz erfüllt, der Kranken häufige Erstickungsanfälle verursachte und sie in ihrer Ernährung ganz heruntergebracht hatte. Nach der Entfernung des Polypen mit der Fauvel'schen Zange erholte sich der Kranke rasch. Der Rest des Polypen wurde mit einer entsprechend gekrümmten Feile zum Verschwinden gebracht. E. J. MOURE.

68) **Karl Malmsten** (Stockholm). **Ueber locale Anästhesie bei intralaryngealen Operationen. (Om lokal anestesi vid intralaryngeale operationer.)** *Hygiea. April 1885.*

Verf. erwähnt die bis jetzt angewandten Anästhesirungsmethoden. Er theilt dabei 4 Fälle von Kehlkopfpolypen seiner eigenen Praxis mit, wo es ihm gelungen ist, durch ungefähr 20 Pinselungen mit Morphiumlösungen den Larynx vollständig zu anästhesiren. Schliesslich wird die Cocainisirung beschrieben.

SCHMIEGELOW.

69) **Mulhall. Epitheliom der Zunge und des Kehlkopfs. (Epithelioma of tongue and larynx.)** *Weekly Med. Rev. Chicago. IX. p. 8. 1885.*

Der Titel des Artikels zeigt die Natur des Falles an. Es wurde die Tracheotomie gemacht. Patient starb zwei Monate nach der Operation an Marasmus. LEFFERTS.

70) **D. Bryson Delavan. Ein Fall von primärem Epitheliom des Larynx; Tracheotomie, Tod nach 10 Monaten, Autopsie, Bemerkungen. (A case of primary epithelioma of the larynx. Tracheotomy — Death ten months later — Autopsy — Remarks.)** *N.-Y. Med. Record. 2. Mai. 1885.*

Obwohl Larynxcarcinome keine Seltenheit sind, so hat man doch nicht oft Gelegenheit, die Entwickelung einer malignen Larynxneubildung der genannten

Art von seinem Entstehen bis zu seinem schliesslichen unausbleiblichen Ende zu studiren. Es erschien daher dem Verf., da die Geschichte dieses Falles eine vollständige ist und sie beiläufig mehrere instructive Züge enthält, nicht überflüssig, ihn ausführlich zu berichten, wie dies in dem Originalartikel geschehen ist.

Wenn wir den Bericht lesen, so ist als erster Punkt von besonderem Interesse das deutliche Fehlen der frühzeitigen Symptome dieser malignen Larynxerkrankung, welche gewöhnlich angetroffen und beschrieben werden. Da die Krankheit als catarrhalische Laryngitis verbunden mit Lungenphthise begann, so lag kein Grund vor, dieselbe als etwas ungewöhnliches anzusehen, als bis es evident wurde, dass die Larynxaffection einseitig war; selbst dann verging noch einige Zeit, bis Erscheinungen auftraten, welche auf ein ernstes Leiden hindeuteten. — Betreffs der Tracheotomie zeigten sich verschiedene Vortheile darin, dass man die Trachea so viel als möglich eröffnete. Man vermied kranke Theile und setzte die Wunde in normalem Gewebe, so dass sie schnell, ohne jeden Zwischenfall heilte. Ausserdem wird der obere Theil der Trachea intact erhalten, so dass er der Einsetzung eines künstlichen Larynx, sobald die Exstirpation vorgenommen wäre, weniger Schwierigkeiten bot. Endlich verhütet man dadurch die schnelle Ausbreitung der Geschwulst, wie sie stets sich zeigt, sobald man zu nahe derselben operirt. Die Idee, aus der vorderen Trachealwand ein Stück auszuschneiden, welches etwas grösser als der Durchmesser der Canüle ist, macht die Einführung der Canüle leichter und deren Anwesenheit weniger unangenehm. Die Spaltung des Isthmus der Schilddrüse würde zur Zeit der Tracheotomie keine Schwierigkeiten gemacht haben. Hätte man jedoch später die Exstirpation versucht, so würde ihre Grosse und Lage sehr wahrscheinlich ein Hinderniss und eine Quelle störender Blutungen abgegeben haben.

Die ausserordentliche Besserung in dem Zustand des Larynx, welche der Tracheotomie folgte, war sehr auffällig, und vielleicht ist dies die nützlichste Lehre, welche man aus diesem Falle ziehen kann. LEFFERTS.

71) **David Newman** (Glasgow). **Alveoläres Sarcom des Larynx. (Alveolar sarcoma of larynx.)** *Glasgow Med. Journal. May 1885.*

Demonstration des Präparats vor der Glasgow Path. and Clinical Society am 14. April 1885. Der hübsch beobachtete und beschriebene Fall ist sehr bemerkenswerth wegen der Seltenheit dieser schnell verlaufenden und sehr bösartigen Form von Sarcom, bietet aber in seinem klinischen Verlaufe etc. nichts Besonderes dar. Der Patient ging schon 12 Wochen nach dem vermuthlichen Beginne des Leidens an allgemeiner Kachexie zu Grunde; die einzige rationelle Behandlung — Exstirpation des Larynx — war wegen des Zustandes der anderen Organe ausgeschlossen.

Laryngoscopisch präsentirte sich die Neubildung nicht als distincter Tumor, sondern als, hauptsächlich die linke Kehlkopfhälfte involvirende, zu Glottisenge führende allgemeine Tumefaction. Keine Ulceration, aber Oedem der Plicae arytaeno-epiglotticae und der Basis der Epiglottis. Auch äusserlich war Schwellung der linken Kehlkopfhälfte zu constatiren. SEMON.

72) **Labbé** und **Cadier. Intralaryngeales Bündelsarcom. Prophylactische Tracheotomie. Totale Exstirpation des Larynx. Anwendung eines künstlichen Larynx. (Sarcome fasciculé intra-laryngien. Trachéotomie préventive. Exstirpation totale du larynx. Application d'un larynx artificiel.)** *Annales des mal. de l'oreille, du larynx etc. No. 2. Mai 1885.*

Bei einem 59jähr. Manne, der durch 3 Jahre an vorübergehender Aphonie litt, seit 3 Monaten über völlige Aphonie und über immer mehr zunehmende Dyspnoë klagt, fand C. bei laryngoscopischer Untersuchung einen kugeligen, zweilappigen Tumor, vom linken Taschenbande ausgehend und den ganzen Raum über den Stimmbändern ausfüllend. Der rechte Aryknorpel war beweglich, der linke vom Tumor zur Seite gedrängt, war unbeweglich.

C schlug als vorläufige Operation die Tracheotomie vor, welcher dann die Exstirpation des Neugebildes durch die natürlichen Wege mittelst Zange und Galvanocauter folgen sollte. — Der Kranke entschloss sich erst zur Tracheotomie, als heftige Suffocationserscheinungen eintraten. Sie wurde von C. ausgeführt in der Höhe des zweiten Trachealringes. Kleine die Trachealwunde folgenden Tages verlegende Vegetationen wurden abgetragen. Drei Tage später kam eine Bronchopneumonie hinzu. Kaum von dieser genesen, stellte sich eine immer bedrohlicher werdende Dysphagie ein. Der Tumor war grösser geworden und prominirte gegen den Pharynx zu. Die Ernährung per os wurde endlich unmöglich, und 6 Wochen nach gemachter Tracheotomie wurde wegen der Grösse des Tumors die Totalexstirpation des Larynx vorgeschlagen und von L. nach dem Vorgange von Billroth vorgenommen. Die Epiglottis musste mit abgetragen werden, doch wurde ein Theil des Ringknorpels belassen. Heilung. — Die histologische Untersuchung des exstirpirten Tumors ergab, dass man es mit einem Bündel oder Rundzellensarcom zu thun habe. Die Schleimhaut des Larynx war nirgends exulcerirt und bedeckte überall das Neoplasma.

C. führte kaum einen Monat nach gemachter Exstirpation einen künstlichen Kehlkopf ein, an welchem er in Bezug auf Krümmung und behufs dichten Abschlusses gegen den Zungengrund zu, kleine Modificationen anbrachte. Die Oesophagussonde war schon einige Tage vorher entfernt worden.

L. bemerkt zu der Exstirpation, dass die vorhergehende Tracheotomie so nahe der Incisura jugularis als nur möglich gemacht werden möge, um genügenden Raum zur Durchtrennung der Trachea unterhalb des Ringknorpels oder am unteren Rande desselben zu haben. Dann möge man sich des Galvanocauters bedienen nach dem Vorschlage von Bottini, um grossen Blutverlust zu vermeiden.

E. J. MOURE.

73) **Störk** (Wien). **Demonstration eines Kranken nach partieller Exstirpation des Kehlkopfs.** *Anzeiger der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.* **Sitzung vom 24. April 1885.**

Der Kranke litt an Epithelialcarcinom des Larynx; da die Tracheotomie wenig Besserung brachte, so wollte Störk die Laryngofissur machen. Gersuny, welcher ihm assistirte, exstirpirte aber wegen Infiltration des Schildknorpels einen

Theil desselben und vernähte die Schleimhaut der aryepiglottischen Falte mit der losgelösten Schleimhaut der Arytaenoidei. (Der Sitz des Tumors wurde beim Vortrage nicht angegeben. R.) Dadurch wurde das Schlingen erleichtert. Durch eine neuartige Schornsteincanüle wurde dem Kranken Sprechen und Schlingen sehr bequem gemacht. CHIARI.

74) **A. Bergmann** (Riga). **Larynxexstirpation wegen Carcinom.** *Petersburg. med. Wochenschrift. No. 27. 1885.*

B. exstirpirte bei einem 46 Jahre alten Manne den Kehlkopf eines Carcinoms wegen, welches sich in 3 Monaten entwickelt und in der letzten Zeit wiederholt zu Erstickungsanfällen Veranlassung gegeben hatte. Der Tumor nahm den grössten Theil der Epiglottis und die rechte Kehlkopfhälfte ein, und links auf der Vorderfläche zur Vallecula hin sass gleichfalls ein bohnengrosser Höcker. Der Tumor hatte eine zerklüftete Oberfläche und mehrere Partien zeigten ein deutlich granulöses Aussehen. Die microscopische Untersuchung eines auf galvanocaustischem Wege entfernten Stückes zeigte das Bild eines unzweifelhaften Epithelioms. Die Operation und Nachbehandlung verliefen ganz glatt. Heilung. Nach 6 Wochen wurde Pat. mit einem etwas modificirten Foulis'schen künstlichen Kehlkopf entlassen. LUNIN.

75) **Albert Heydenreich** (Nancy). **Ueber Exstirpation des Larynx. (De l'exstirpation du larynx.)** *La semaine méd. No. 21. 20. Mai. 1885.*

Sich stützend auf die jüngst im Archiv für klin. Chir., Bd. XXX., S. 665, 1884 erschienene statistische Zusammenstellung von Zesas über 70 Fälle von Exstirpation des Kehlkopfes kommt H. zum Schlusse, dass diese Operation nur selten gerechtfertigt sei. Er zieht ihr überall die Laryngotomie vor, wo das Neugebilde noch durch dieses Verfahren entfernt werden kann. Er bevorzugt ihr die palliative Tracheotomie, sobald die Affection zu weit vorgeschritten ist oder da, wo Alter und der Zustand des Individuums jeden radicalen Eingriff verbieten. Ref. kann auch der Laryngotomie nicht das Wort sprechen, sobald es sich um ein malignes Neugebilde handelt, denn dieses wuchert recidivirend regelmässig durch die gesetzte Wunde heraus. (Siehe dessen diesbezügliche Beobachtung S. 330 des internat. Centralbl., I. Jahrg.) E. J. MOURE.

76) **Fournié. Ueber die Exstirpation des Larynx. (De l'exstirpation du larynx.)** *Revue méd. franç. et étrang. No. 16. 18. April. 1881.*

Es wird nur die ausführliche Krankengeschichte des von Azio Caselli im Jahre 1879 operirten 19jährigen Mädchens wiedererzählt, bei welcher ein den Larynx, Pharynx, Uvula, Tonsillen und Zungenbasis einnehmendes Epitheliom vollständig und mit Erfolg exstirpirt worden war. — Dann übergehend auf den jüngst von Labbé operirten Fall, bemerkt Verf., dass er in ähnlichen Fällen lieber die Ausreissung des Tumors vornehme ohne vorherige Tracheotomie und dass er die Totalexstirpation nur bei Ergriffensein des ganzen Kehlkopfes vorschlage.

E. J. MOURE.

77) **H. Chaput** (Paris). **Anmerkung über eine wenig gekannte Beziehung des linken Recurrens. (Note sur un rapport peu connu du récurrent gauche.)** *Société anatom. de Paris. 11. Juli 1884* und *Progrès méd. No. 14. 4. April. 1885.*

Ch. fand regelmässig bei der Section von Neugeborenen, dass der linke Recurrens vom linken Vagus, unmittelbar bevor dieser die vordere Wand des Ductus arteriosus Botalli passirt, in spitzem Winkel abgeht und aufsteigend in seiner Concavität nicht den Aortenbogen, sondern den Ductus arteriosus umfasst. Es steht dieses Verhältniss des Recurrens in Zusammenhang mit der Entwickelung der Aortenbögen und mit dem scheinbaren Abwärtssteigen des Herzens während der embryonalen Entwickelung. Anders ausgedrückt, wäre die Abzweigung der beiden Recurrentes ursprünglich eine transversale und erst später bei der Verlängerung des Halses nehmen die Laryngei inferiores, zurückgehalten durch die Reste der Aortenbögen, die rückläufige Richtung an. Rechterseits bildet die Subclavia die letzte Spur des rechten Aortenbogens. Links aber umfasst der Recurrens zuerst den Ductus arteriosus und erst nach dessen Atrophie die Aorta, den einzigen Ueberrest des linken Aortenbogens. Beweise für die Theorie der ursprünglich transversalen Abzweigung der Recurrentes, die sich in der These von Cusset auseinandergesetzt findet, bieten zwei Präparate im Museum Orfila, bei welchen der Truncus brachiocephalicus fehlt und demnach die Subclavia dext. einen abnormalen Ursprung nimmt. Hier ist der Laryngeus inferior kein wahrer Recurrens, sondern zweigt transversal vom Vagus ab.

Obiges Verhalten des linken Recurrens wurde auch von Ch. beim Fötus verschiedener Säugethiere beobachtet. E. J. MOURE.

78) **Otto Koerner** (Frankfurt a. M.). **Ausgebreitete alte Zerstörungen am linken Schläfenlappen einer rechtshändigen Person ohne sensorische Aphasie oder Sprachstörungen überhaupt und ohne Taubheit.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 17. p. 262. 1885.*

Gut beschriebener und mit Abbildung des Gehirns versehener Fall aus der Kussmaul'schen Klinik in Strassburg. B. FRAENKEL.

79) **Huchard** und **Le Gendre** (Paris). **Kehlkopfkrise (leichtes Oedem der Schleimhaut der Giessbeckenknorpel und intensiver Glottiskrampf) bei einem Tabetiker als Folge eines verabreichten unreinen Jodkalipräparates etc. [Crise laryngée (léger oedème aryténoidien et spasme intense de la glotte) survenue chez un ataxique consécutivement à l'administration d'iodure de potassium impur etc.]** *Annales des mal. de l'oreille, du larynx etc. No. 2. Mai 1885.*

Bei einem mit ausgesprochener Tabes behafteten 53jährigen Manne wurde, da Verdacht auf Syphilis vorlag, Jodkali versucht. Schon nach der ersten Dosis von 1 Grm. trat Schwellung und Röthung der Augenlider auf und leichte Halsentzündung. Nach einigen weiteren Dosen steigerte sich die Halsentzündung und es gesellte sich zu ihr heftige Dyspnoë mit lärmendem Inspirium. Stimme heiser und halb erloschen. Die laryngoscopische Untersuchung liess leichtes Oedem der Arytänoidealgegend und heftigen Krampf der Stimmbänder erkennen. Chloroformeinathmungen lieferten nur vorübergehende Erleichterung. Nach ge-

machter Tracheotomie ging das Oedem und der Glottiskrampf allmälig zurück. Das Jodkali, von dem es sich herausstellte, dass es durch Jodsäuresalze und durch salpetersaures Kali verunreinigt war, hatte man bei Eintritt der asphyctischen Erscheinungen aussetzen lassen. — Die Autoren nehmen an, dass dieses Medicament Schuld trage an dem leichten Oedem, dass aber die Tabes die Prädisposition zum Glottiskrampf abgegeben habe (?). E. J. MOURE.

80) **Bäumler** (Freiburg i. B.). **Ueber Recurrenslähmung bei chronischen Lungenaffectionen.** *D. Arch. f. klin. Med. 37. Bd. 3. u. 4. Heft. 30. Juni 1885.*

Bei chronischen Lungenkrankheiten, namentlich aber bei den durch Staubinhalation verursachten, kommen nach des Verf.'s Beobachtung Affectionen des linken Recurrens vor, welche als chronische indurirende Neuritis verlaufen und entweder von einer chronisch entzündeten Bronchialdrüse in der Nähe des Recurrens ausgehen oder in Form einer selbstständigen, wahrscheinlich von den ernährenden Gefässen ausgehenden Entzündung auftreten. Zuweilen ist der Entscheid, ob die Lähmung des Recurrens nicht von einem Aortenaneurysma ausgeht, sehr schwierig, ja unmöglich; auch Syphilis und chronischer Alcoholismus können ganz dieselben Lähmungen verursachen (ebenso kann Struma linksseitige Recurrenslähmung zur Folge haben, und sah Ref. zwei solche exquisite Fälle nach längerem inneren Jodgebrauch heilen); die Prognose ist im Allgemeinen ungünstig, doch ist bei etwaiger syphilitischer Basis einige Aussicht auf Heilung vorhanden. SCHECH.

81) **Mandillon** (Bordeaux). **Tumor der Brusthöhle. Compression des linken Recurrens. (Tumeur intrathoracique. Compression du nerf récurrent gauche.)** *Société de méd. de Bordeaux. 27. März. — Journal de méd. de Bordeaux. No. 37. 12. April 1885.*

Vorstellung eines 50jährigen Kranken, bei dem die Stimme verändert, die Inspiration erschwert und etwas Dysphagie vorhanden ist. Schon vor einiger Zeit, als noch weitere Anhaltspunkte für einen Tumor der Brusthöhle fehlten, hatte der Ref. auf Grund des vorgenommenen laryngoscopischen Befundes (Lähmung des linken Posticus) das Vorhandensein eines solchen als wahrscheinlich diagnosticirt.

Die Diagnose bewahrheitete sich, denn jetzt ist der Tumor im rechten Intercostalraum deutlich nachweisbar, er hebt die Clavicula vom Thorax ab.

E. J. MOURE.

82) **Mackenzie Johnston** (Edinburgh). **Tumor im Thorax. (Thoracic tumour.)** *Edinburgh Med. Journal. Juni 1885.*

Des Falles, von dem leider nur ein sehr unvollständiger Bericht gegeben ist, wird hier nur gedacht, weil in demselben intra vitam doppelseitige Lähmung der Glottisöffner von Dr. M'Bride constatirt wurde. Der Pat., der über Veränderung der Stimme und heftige Athemnoth klagte, erlag plötzlich seinem Leiden — wie der Verf. meint, in Folge von Paralyse des Herzens. Bei der Autopsie wurde ein „grosses Sarcom" im oberen Theil der rechten Brusthälfte gefunden. Ueber das Verhältniss des Tumors zu den Kehlkopfnerven, über etwaige Verän-

derungen derselben, über die Frage, ob eine Reflexparalyse im Johnson'schen Sinne vorlag, über etwaige Degeneration der Glottisöffner etc. ist in dem Berichte kein Wort gesagt, ebensowenig darüber, ob die Tracheotomie vorgenommen worden war oder nicht, in welch' letzterem Fall die Todesursache wohl weit natürlicher in der Paralyse der Glottisöffner zu suchen wäre. Hoffen wir, dass M'Bride in einem späteren Bericht die zahlreichen Lücken dieses interessanten Falles ergänzen wird. Es ist bei der Seltenheit solcher Fälle und der gegenwärtig noch bestehenden Meinungsdifferenz über die Natur der Kehlkopfaffection doppelt zu bedauern, wenn einschlägige Fälle in Folge unvollständiger Berichterstattung verloren gehen! SEMON.

83) **O. Rosenbach. Prioritätsreclamation.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 1. p. 10. 1885.*

H. Krause hatte in No. 47 der Dtsch. med. Wochenschr. 1884 ein Autoreferat über seine Arbeit in Virchow's Archiv (cf. die Octobernummer 1885 des Centralblatts) gegeben. R. glaubt, dass in demselben seinen Verdiensten in Bezug auf die Lehre von der Function und der Lähmung der Cricoarytän. postici zu nahe getreten sei. H. Krause antwortet dann in No. 2 derselben Zeitschr. S. 26.

B. FRAENKEL.

84) **O. Rosenbach** (Breslau). **Ueber das Verhalten der Oeffner und Schliesser der Glottis bei Affectionen ihrer Nervenbahnen.** *Virchow's Archiv. 99. Bd. p. 175.*

Polemischer Aufsatz gegen H. Krause's Abhandlung (cfr. Centralblatt October 1885.) Rosenbach nimmt für sich nochmals die Priorität für den Satz in Anspruch, „dass bei Affectionen des Nerv. laryng. infer. (in gleicher Weise wie bei Erkrankungen anderer peripherischer Nerven oder der Centralorgane) die Functionsfähigkeit der Erweiterer (resp. Strecker und Abductoren) eher leidet als die der Verengerer (resp. Beuger und Adductoren)". Er wirft Krause vor, dass er seine Arbeit nur nach einem Autoreferat und nicht im Original gelesen haben könne. Rosenbach kritisirt dann in ähnlicher Weise, wie dies Ref. in dem oben citirten Referat gethan, Krause's Experimente. Er zieht namentlich aus den Erscheinungen, die Krause bei seinen Hunden schildert, wenn er sie chloroformirte, den Schluss, dass die Erweiterer bei diesen Hunden gelähmt sein mussten. Für dieselbe Thatsache sprächen die Beobachtungen Krause's bei Herausfallen des drückenden Korkes und seine Sectionsbefunde. Doch macht Rosenbach auf den Widerspruch aufmerksam, der darin läge, dass Krause dasselbe Resultat in Bezug auf die Stellung der Stimmbänder erhielt, wenn er den Kork am unverletzten Vagus anlegte, und wenn er den durchschnittenen Vagus electrisch reizte. Rosenbach betont auf's Neue die von ihm aufgestellte Theorie der perversen inspiratorischen Innervation der Adductoren. B. FRAENKEL.

85) **C. Gerhardt. Posticuslämung oder Adductorencontractur.** Sitzungsber. der Würzb. phys.-med. Gesellsch. 1885.

Der gewöhnlichste Grund der Adductorlähmung liegt in Recurrenserkrankung. Unleugbar ist, dass, wie Semon nachwies, die für die Abductoren bestimmten Fasern des Recurrens häufig und früher erkranken als die für die Adduc-

toren bestimmten. Während man früher die Adductionsstellung der Stimmbänder bei Posticuslähmung aus einer Contractur der Adductoren erklärte, sucht neuerdings Krause die dauernde Adductionsstellung aus einer Reizung des Recurrens zu erklären, d. h. in den seither als Posticuslähmung betrachteten Fällen handle es sich um Contractur der Adductoren. Verf. glaubt nun, dass nicht alle Fälle von seitheriger Posticuslähmung in den Bereich der Krause'schen Auffassung einbegriffen werden können. Man müsse jetzt schon mindestens drei Formen unterscheidan: 1. Recurrenserkrankungen, 2. ausschliessliche Erkrankungen des Glottisöffners, 3. cerebralbedingte Formen.

Graue Degeneration des Recurrens sowie Recurrensreizung könnten Adductorencontractur möglicherweise selbst von langjähriger Dauer bewirken. Posticusatrophie und Adductorencontractur komme in allen diesen Fällen zugleich vor, schliesse sich nicht aus, sondern mache sich, die eine am Lebenden, die andere an der Leiche vorzugsweise bemerklich; der letzte Grund dieser Erscheinungen dürfte auch durch die Anführung der üblichen Theorien über Contracturen und Muskelatrophien noch nicht klar zu stellen sein. SCHECH.

86) **H. Ziegelmeyer. Bericht über die Sommersaison 1884 im Schwefelbad Langenbrücken.** Bruchsal D. Weber. 1885.

Unter den zahllosen in die Welt geschickten Badeberichten macht der vorliegende eine seltene rühmenswerthe Ausnahme. Verf. gehört eben zu Jenen, welche nicht alles Heil von der Quelle allein erwarten, sondern auch eine locale Behandlung für nothwendig erachten. Ausser den Bemerkungen über die Therapie der chronischen Rachen- und Nasencatarrhe verdient besonders ein Fall von centraler doppelseitiger Lähmung der Glottisöffner unser Interesse: Der Fall betrifft einen Mann, der 20 Jahre nach einer luetischen Infection an tabetischen Erscheinungen erkrankte und mit linksseitiger Oculomotoriuslähmung, Chemosis, Diplopie und Gedächtnissschwäche behaftet war. Plötzlich stellte sich ein Erstickungsanfall ein; die laryngoscopische Untersuchung ergab fast vollständigen Verschluss der Stimmritze, welcher mehrere Wochen anhielt und durch eine energische Schmierkur, Bäder und directe Faradisation der Cricoaryt. post. sehr beträchtlich gebessert wurde.

Der Fall beweist auf's Neue die Richtigkeit der von Semon aufgestellten Behauptung, dass bei Läsion des Vago-Accessorius, möge sie central oder peripher sein, zuerst die für die Erweiterer bestimmten Fasern in Mitleidenschaft gezogen werden event. dass für die Erweiterer ein eigenes Gangliencentrum existirt.
SCHECH.

87) **D. Koschlakoff** (Petersburg). **Ein Fall von Lähmung der Glottiserweiterer. (Glutschai paralitscha rastschiritelei gortani.)** *Russ. Med. No. 1 u. 2. 1885.*

Verf. beobachtete eine Lähmung der Glottiserweiterer bei einer Pat., die an progressiver Muskelatrophie litt. Die Atrophie hatte an den Händen begonnen und bald stellte sich Dyspnoë beim Gehen ein. Die Untersuchung ergab ausser der characteristischen Veränderung an den Händen und normalen Lungen, eine vollkommene Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes in der Phonationsstellung. Nach einigen Jahren hatte die inspiratorische Dyspnoë bedeutend zugenommen

und das linke stand ebenfalls unbeweglich in der Phonationsstellung. Beim Exspiriren erweiterte sich die Glottis um ein unbedeutendes. Die Stimme war vollkommen klar. Da jede andere Ursache für die Lähmung der Glottiserweiterer ausgeschlossen werden konnte, so blieb nur die Annahme einer centralen Lähmung übrig. Im Verlaufe weiterer drei Jahre machte die Krankheit nur geringe Fortschritte; die Sprache wurde etwas näselnd und auf der rechten Hälfte des Gesichts trat ein Gefühl auf, als ob sie mit Spinngewebe überzogen sein.

LUNIN.

88) **Aysaguer** (Paris). **Doppelseitige Posticuslähmung während der Schwangerschaft. Tracheotomie. Recidive. Neuerliche Tracheotomie. Heilung. (Paralysie bilatérale des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs pendant la grossesse Trachéotomie. Récidive. Nouvelle trachéotomie. Guérison.)** *L'Union méd. No. 46. 31. März. 1885.*

Der Fall betraf eine 32jähr. Frau, die zum 6. Male schwanger war, und bei der die vorhergegangenen Schwangerschaften stets regelmässig verlaufen waren. Im Beginne dieser letzten Schwangerschaft bemerkte sie, dass ihre Stimme verschleiert wurde. Im 3. Monate gesellte sich erschwerte Athmung hinzu. Im 5. Monate als die Dyspnoë immer bedrohlicher wurde, bekam A. die Kranke zu sehen und constatirte, dass die Stimmbänder während der Inspiration in der Medianstellung verblieben. Sie waren leicht verdickt, der übrige Theil des Larynx zeigte normale Verhältnisse: Herz, Lunge, Aorta lässt nichts Krankhaftes erkennen. Keinerlei Tumor in der Halsgegend. Harn albuminfrei. Keine Zeichen von Hysterie.—Es wurde beiderseitige Posticuslähmung, verursacht durch die Schwangerschaft, diagnosticirt und sofort die Tracheotomie gemacht. Am 8. Tage nach der Operation erweiterten sich die Stimmbänder während der Inspiration um 2 Mm. Am 20. Tage wurde die Canule entfernt. Im 9. Monate der Gestation wiederholten sich die paralytischen Erscheinungen der Glottiserweiterer und wurde abermals die Tracheotomie nöthig. Zwei Tage hierauf Entbindung. Am 20. Tage wurde die Canule entfernt und bis auf ein zurückgebliebenes, um nur wenig vermindertes Klaffen der Stimmbänder zeigt der Kehlkopf bis heute, 10 Monate nach der Operation normale Verhältnisse.

A. schreibt diese Abductorenlähmung der bestandenen Schwangerschaft zu, und zwar erstens weil keine örtliche oder sonstige allgemeine Ursache vorhanden war und zweitens wegen des oben geschilderten Verlaufes und des Aufhörens der Lähmung nach erfolgter Entbindung.

E. J. MOURE.

89) **Simmonds** (Hamburg) **Parese der Postici nach Tracheotomie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 2. p. 28. 1885.*

Im Hamburger ärztlichen Verein stellte Simmonds ein $3\frac{1}{2}$jähr. Kind vor, bei dem nach einer wegen diphtherischen Croups ausgeführten Tracheotomie in Folge von Parese der Postici die Canüle nicht entfernt werden konnte. S. hält derartige Fälle nicht für selten und hat selbst fünf gesehen. Die Prognose sei gut. Man müsse die Kinder durch den Kehlkopf athmen lassen und zu dem Zwecke eine enge nicht gefensterte Canüle einführen, deren Mündung möglichst anhaltend verstopft werde.

B. FRAENKEL.

90) **Franz Fischer** (Meran). **Zur doppelseitigen myopathischen Paralyse der Glottiserweiterer.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 19. 1885.*

Nach kurzer Besprechung der Literatur beschreibt F. einen einschlägigen Fall. Ein 59jähr. Mann hat Athemnoth besonders bei Anstrengungen; die Stimme ist rein. Der Spiegel zeigt die gewöhnlichen Symptome in Bezug auf Beweglichkeit der Stimmbänder und starke Schwellung der Weichtheile des hinteren unteren Larynxumfanges, so dass die Sinus pyriformis nur enge Spalten darstellten. Perichondritis konnte ausgeschlossen werden. F. nahm daher catarrhalische Infiltration der Schleimhaut und Postici an. Bepinselungen mit 6proc. Lapislösung beseitigten die Schwellung, aber nicht die Lähmung der Postici. CHIARI.

f. Schilddrüse.

91) **F. Saltzmann** (Helsingfors). **Ueber die Exstirpation der Struma und ihre Folgen. (Om aflägsrandet af sköldkörtlen och dess följder.)** Separatabdruck von Finska Läkaresällskapets Handl. XXVI. H. 5 u. 6. 1884.

Die Arbeit giebt eine klare historische Uebersicht über diese Frage und berücksichtigt besonders die Cachexia strumipriva. Am Ende der Studie beschreibt der Verf. einen Fall von Strumaexstirpation bei einem 15jähr. Mädchen, das geheilt entlassen werden konnte. SCHMIEGELOW.

92) **v. Tischendorff** (Hamburg) **Kropfexstirpation.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 10. p. 154. 1885.*

Vorstellung einer nach rechtsseitiger Kropfexstirpation geheilten Patientin im ärztlichen Verein zu Hamburg. B. FRAENKEL.

93) **J. Wolff** (Berlin). **Zur Lehre vom Kropf.** Vortrag in der Berl. med. Gesellsch. *Berl. klin. Wochenschrift. No. 19. S. 297. 1885.*

Wolff beschreibt drei Kropfexstirpationen, die er ohne jede üble Folge, mit geringem Blutverlust, aber ohne Unterbindung ausgeführt hat, indem er sich dicht am Gewebe der Struma hielt und die Blutung durch methodisch ausgeübte temporäre Compression beherrschte. Wolff rühmt dem Verfahren u. A. nach, dass es die Verletzungen wichtiger Nerven z. B. des Recurrens vermiede. In einem seiner Fälle machte W. nur eine partielle Exstirpation. Die zurückgebliebene Partie der Schilddrüse schrumpfte, so dass nach Jahresfrist der Hals sich verhielt, als wäre die ganze Drüse entfernt worden. Es ist dies ein Fall, in dem es Wolff gelang, durch Tracheotomie einen in Folge Luftmangels scheintodt gewordenen Kropfkranken nach einer mehr als 1/4 Stunde dauernden Asphyxie wieder in das Leben zurückzurufen und ihm an demselben Tage den Kropf partiell zu exstirpiren. W. glaubt, dass die Exstirpation der Kropfcysten bei antiseptischem Verfahren und wenn man durch temporäre Wundcompression die Blutungen beherrscht, eine vollkommen gefahr- und harmlose Operation ist, die wir deshalb der einfachen Incision der Cysten und der Jodinjection vorziehen müssten.

In der Discussion bemerkt von Langenbeck, dass bei dem Wolff'schen Verfahren Nachblutungen zu fürchten seien, und dass er in Bezug auf die Exstir-

pation der Kropfcysten Wolff beistimme. Er schildert 2 Fälle von Kropfmetastasen. E. Küster spricht sich ebenfalls für die Partialexstirpation, aber in Ansehung der Gefahr der Nachblutung gegen das Unterlassen der Unterbindung aus, was Wolff übrigens auch nur bei nicht gefässreichen Strumen zu thun vorschlägt.

B. FRAENKEL.

94) **Köhler** (Berlin). **Totalexstirpation der Struma.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 22. S. 358. 1885.*

Im Charitéverein stellt am 18. December K. eine gesunde Wärterin vor, der er im September eine Struma vollständig exstirpirt hatte.

B. FRAENKEL.

95) **Th. H. Morse** (Norwich). **Ein Fall von Thyroïdectomie. (A case of thyroidectomy.)** *Lancet. 27. Juni 1885.*

Sehr ausführlich beschriebener Fall von wahrscheinlich nur partieller Kropfexstirpation — der Autor hält es selbst für sehr wahrscheinlich (!), dass er den rechten Lappen zurückgelassen hat —, wegen heftiger Athembeschwerden bei einer 26jährigen Frau. Von einer laryngoscopischen Untersuchung ist aber in der Arbeit nicht die Rede, so detaillirt alles Andere beschrieben wird! — Die Einzelheiten der Operation bieten kein besonderes Interesse. Die Pat. genas.

SEMON.

96) **Hardie** (Manchester). **Thyroidectomie. (Thyroidectomy).** *Brit. Med. Journal. 18. April 1885.*

Mittheilung dreier Fälle von Thyroidectomie vor der Manchester Medical Society am 4. März 1885.

Fall I. 48jähr. Frau. Seit vielen Jahren bestehender Cystenkropf, der nach Punction zu putrificiren begonnen hatte. Häufige ernste Blutungen. Es war bei der Operation nicht möglich, die hintere Anheftung des orangegrossen Tumors von der Trachea abzulösen. Trotzdem genas die Patientin.

Fall II. Cystenkropf bei einer Frau. Nach mehrjährigem Bestehen schnell zunehmende, hochgradige Dysphagie. Niemals Dyspnoë. Sehr grosser Tumor rechtsseitig. Operation mühelos. Vorderfläche der Trachea abgeplattet. Pat. konnte nach der Operation leicht schlucken. 18 Stunden nach der Operation plötzlich Dyspnoë, Cyanose, Rigidität des Pulses. Tod 25 Stunden nach der Operation. Keine Obduction. Todesursache nach H.'s Meinung: Venenthrombose und Lungenembolie.

Fall III. 13jähr. Mädchen. Acuter Kropf, der nach 14 Tagen heftige Dyspnoë macht. Tracheotomie vorzunehmen versucht, aber wegen äusserster Schwierigkeiten (grosser Isthmus der Drüse, heftige Blutung) nicht beendigt, und für sie sofort Resection der rechten Hälfte der Drüse substituirt. Auch diese stiess auf grosse Schwierigkeiten (Blutung, Zug an der Geschwulst verursacht sofort vollkommenen Respirationsstillstand etc.), gelang aber doch schliesslich. Sofort nach der Operation Verbesserung der Dyspnoë. Obwohl sich eine Pneumonie anschloss, genas die Putientin schliesslich. Bemerkenswerth war, dass sich der zurückgelassene, linke Schilddrüsenlappen nach der Operation spontan so ungemein verkleinerte, dass 5 Wochen später, zur Zeit, als die Patientin der Manchester Medical Society demonstrirt wurde, kaum eine Spur desselben nachzuweisen war.

SEMON.

97) **Wölfler** (Wien) **Zur Exstirpation des Kropfes.** *Med. chir. Centralblatt. No. 13. 1885.* Vortrag gehalten beim Congresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin 1883.

W. berichtete über 68 Kropfexstirpationen auf der Klinik Billroth's mit einer Mortalität von 7 pCt. — Als Indication ist nur die Tracheostenose anzusehen. Die totale Exstirpation ist nicht gefährlicher als die partiale. Der Geisteszustand blieb auch nach der Operation intact. Als Folgen der Operation traten nur manchmal Sepsis, Pneumonie, Lufteintritt in die Venen und Tetanie auf.

CHIARI.

98) **N. Wolkowitsch** (Kiew). **Zur Frage der Kropfexstirpation. (K woprusu ob ecstirpatiu soba).** *Chirurg. westnie. Januar 1885.*

Eine 38jährige Patientin leidet seit 10 Jahren am Kropf, der beständig an Grösse zunimmt. Vor dem Beginn dieser Krankheit will Pat. stets gesund gewesen sein, doch mit der Krankheit magerte sie allmälig ab und wurde blutarm. Status praes.: Pat. ist sehr abgemagert und sehr blutarm. Die ganze vordere Seite des Halses wird durch eine über faustgrosse Geschwulst eingenommen. Dieselbe besteht aus 3 unter einander zusammenhängenden Theilen. Die Oberfläche ist glatt. Die Consistenz prall und gleichmässig. Der Schildknorpel ist durch die Geschwulst nach rechts verdrängt. Mit dem Laryngoscop sieht man die Stimmritze entsprechend der Lage des Schildknorpels eine schiefe Stellung einnehmen. Pat. leidet an Dyspnoë, die sich mitunter bedeutend steigert. Das Schlucken ist behindert. Von festen Speisen vermag Pat. nur sehr kleine Stücke herabzubringen. Die Diagnose lautete auf Struma parenchymatosa und Compression der Trachea durch dieselbe. Der Kropf wurde exstirpirt. Die Operation verlief ziemlich glatt. Die Trachea war von beiden Seiten durch die Struma säbelscheidenartig zusammengepresst. Der Wundverlauf liess nichts zu wünschen übrig. Der Allgemeinzustand besserte sich aber durchaus nicht, sondern verschlechterte sich im Gegentheil. Die Schwäche und die Blutarmuth nahmen zu. Am 5. Tage nach der Operation traten die ersten Anzeichen von Tetanie auf, die bald sich steigernd, bald abnehmend bis zum Tode der Pat. dauerten. Bald machten sich auch die Symptome der Cachexia strumipriva bemerkbar und Pat. ging an zunehmender allgemeiner Schwäche, 3 Monate nach der Operation, zu Grunde.

LUNIN.

99) **Pietrzikowski** (Prag). **Beiträge zur Kropfexstirpation nebst Beiträgen zur Cachexia strumipriva.** (Aus Gussenbauer's Klinik.) *Prag. med. Wochenschr. No. 48, 49, 51, 53. 1884. No. 1 und 2. 1885.*

P. berichtet zunächst über 13 Fälle von Strumaexstirpation ausführlich und über 10 Fälle auszugsweise. Nur bei 2 handelte es sich um Carcinoma, bei den übrigen 21 um Hypertrophie der Schilddrüse. Alle diese 21 Fälle verliefen günstig und konnten 1—3 Wochen nach der Operation geheilt entlassen werden. 10 mal handelte es sich um totale, 11 mal um partielle Exstirpation; nur bei 3 Kranken konnte man keine Nachricht über ihr späteres Befinden erhalten.

Die 9 Operirten, bei denen nur partielle Exstirpation vorgenommen worden war, erfreuen sich des besten Wohlseins. Von 9 Kranken aber mit Totalexstir-

pation zeigen nur 6 eine gegenüber dem Zustande vor der Operation auffällige Besserung, wenn auch in einzelnen Fällen vorübergehende Anschwellungen an verschiedenen Körperstellen, Kopfschmerzen, Kältegefühl etc. gemeldet wurden; zur Ausbildung der Cachexia strumipriva kam es bei ihnen nicht.

Die übrigen 3 Patienten, bei denen die Totalexstirpation noch vor dem 20. Lebensjahre ausgeführt worden war, zeigen in verschieden hohem Grade die Cachexia strumipriva (Kocher): also Schwere und Müdigkeit in den Gliedern, auffallende Blässe, Kältegefühl in den Extremitäten, vorübergehende oder bleibende Anschwellungen, Kopfschmerzen, Schwindel, ja in einem Falle epileptiforme Anfälle und Trägheit des Denkens.

Im Anschlusse an diese Daten geht P. auf die Frage nach den Ursachen der Cachexia strumipriva über:

1. Dass nur das jugendliche Alter der Operirten Schuld sein könne, widerlegt sich aus dem Umstande, dass die Cachexia auch bei Kranken von über 30 bis 66 Jahren beobachtet wurde (Kocher, Reverdin, Julliard).

2. Am wahrscheinlichsten scheint P. die Erklärung Baumgärtner's zu sein, dass die Ursache in vielfachen Läsionen des Recurrens oder Sympathicus zu suchen sei, welche bei ausgedehnten Exstirpationen eben besonders zahlreich sind; auch das Auftreten von Tetanie, welche nicht selten der Cachexie vorhergeht, werde meist von Nervenläsionen hergeleitet.

3. Bruns' Ansicht, dass die Cachexie durch den Ausfall einer specifischen Function eines Organs bedingt sei, wird durch den Umstand sehr unwahrscheinlich, dass sie ja durchaus nicht nach allen Totalexstirpationen auftritt und niemals unmittelbar nach der Operation, und dass sie fehlt bei der Degeneration der Schilddrüse.

4. Kocher erklärt die Anämie als das wichtigste Symptom; dieselbe werde durch mangelhafte Athmung in Folge von Erweichung der Trachea veranlasst. Dagegen bemerkt P.: Die Anämie fehlt oft, die Erweichung und Verengerung der Trachea ebenfalls, während hingegen durch den noch bestehenden Kropf sehr häufig die Luftröhre zusammengedrückt und die Athmung behindert werde, ohne dass die Cachexie auftritt.

5. Reverdin sieht in der Schilddrüse ein vasomotorisches Centrum, dessen Exstirpation eben die Störungen hervorrufe. P. widerlegt diese Ansicht ebenso wie die von Bruns.

Ref. möchte übrigens auf die interessanten Versuche Wagner's hinweisen, nach welchen die Totalexstirpation der Schilddrüse bei jungen Thieren zum Tode führt, was denn doch dafür spricht, dass der Schilddrüse eine lebenswichtige Function zukommt: natürlich darf man wieder dabei nicht vergessen, dass sich die Resultate von Thierexperimenten nicht ohne Weiteres auf den Menschen anwenden lassen.

CHIARI.

100) A. **Heydenreich** (Nancy). **Einige Folgeerscheinungen der Schilddrüsenexstirpation. (Quelques accidents consécutifs à l'exstirpation du corps thyroïde.)** *La semaine méd. No. 26. 24. Juni 1885.*

Der Artikel enthält nur ein Resumé der über diesen Gegenstand in der letz-

ten Zeit veröffentlichten Arbeiten: So werden die Beobachtungen von Schramm über Tetanie nach Schilddrüsenexstirpation erwähnt. Ferner werden die Untersuchungen Kocher's und Bruns' über die Säbelscheidenform der Trachea, erzeugt durch Druck der Struma, gegenübergestellt der von Rose ausgesprochenen Ansicht über die Erweichung der Trachealringe, die die Ursache des plötzlichen Todes bei der Thyroidectomie sein solle. — Endlich werden die zuerst von den beiden Reverdin gemachten Erfahrungen über das „operative Myxoedem", die von Kocher und Baumgärtner veröffentlichten Fälle von „Cachexia strumipriva" sowie die von Schiff und Colzi gemachten Thierversuche wiedergegeben.

E. J. MOURE.

g. Oesophagus.

101) **Pogojev. Verengerung des Oesophagus, Oeffnung des Magens durch eine Falte.** *Letop. chrurgic obtsch v Moskwe. VI. 1884.*

102) **Sklifasowski. Narbenstrictur mittelst der Oesophagotomie und allmäliger Dilatation behandelt.** *Ibid.*

Dieses Journal war dem Ref. nicht zugänglich.

LUNIN.

103) **Johann Hjort** (Christiania). **Impermeable Oesophagusstrictur. (Impermeable Oesophagusstrictur.)** *Forhandlinger. Norske med. Selskab i Kristiania. 10. Sept. 1884. p. 113—115.*

Verf. stellte der Versammlung norwegischer Aerzte eine Patientin, 14 Jahre alt, vor, die nach Genuss von Lauge eine impermeable Oesophagusstrictur bekommen hatte. Nach Vornahme der Gastrotomie war die Verengerung electrolytisch behandelt und später von der Magenfistel aus dilatirt worden.

SCHMIEGELOW.

104) **Oser** (Wien). **Casuistische Mittheilungen.** *Wiener med. Blätter. No. 50. 1884.*

IV. Berstung eines Aorten-Aneurysmas in den Oesophagus.

Der Kranke, bei dem weder physikalische noch subjective Symptome auf das Vorhandensein eines An. hinwiesen, bekam erst einige Stunden vor seinem Tode Schlingbeschwerden und erbrach nur sehr wenig Blut. Die Section ergab ein mit Blutcoagulis ausgefülltes sackförmiges An. der Aorta descendens, welches die Speiseröhre obturirte. Oser weist auf die schwierige Diagnose in diesem Falle hin und empfiehlt für Sondirungen in zweifelhaften Fällen den elastischen Schlauch.

V. Perforation eines Schilddrüsen-Carcinoms in die Speiseröhre und Arrosion der linken Carotis.

Ein Schilddrüsen-Carcinom war verjaucht und die Jauche floss in die Speiseröhre ab; dadurch wurde eine Verkleinerung des Schilddrüsentumors vorgetäuscht. Der Tod trat plötzlich ein durch Arrosion der Carotis vom Jaucheherde aus. Auf Carcinom wiesen das schnelle Wachsthum der Geschwulst und die Schlingbeschwerden hin. Die anscheinende Verkleinerung der Geschwulst aber machte die Diagnose schwierig.

CHIARI.

105) **Sinclair** (Dundlee). **Bösartige Oesophagusstrictur mit Ulceration in einen Bronchus. Tod an Erschöpfung. Obduction. (Malignant stricture of oesophagus, with ulceration into bronchus: death from exhaustion: necropsy.)** *Brit. Med. Journal. 21. März 1885.*

Der Titel deckt den Inhalt fast völlig. Hinzuzufügen ist nur, dass der perforirte Bronchus der rechte war, und dass methodische Bougirung anscheinend das Leben des Kranken verlängerte. SEMON.

106) **Boully. Krebsige Verengerung des Oesophagus. (Rétrécissement cancéreux de l'oesophage.)** *Gaz. des hôpit. 15. Januar 1885.*

Der Kranke mit Oesophaguscarcinom behaftet, starb plötzlich in comatösem Zustande, wiewohl die Verengerung noch keine vollständige war und die Einführung einer genügend grossen Olive gestattete. — Bei der Obduction fand man im Oesophagus, in der Höhe der Bifurcationsstelle der Bronchien, ein exulcerirtes Epithelialcarcinom von der Grösse eines Fünffrankenstücks. Die ulcerirte Partie communicirt mit dem rechten Bronchus. Die Communication erklärt auch, warum der Kranke Flüssigkeiten regurgitirte, wiewohl der Oesophagus nicht vollständig undurchgängig war. Es kam nämlich beim Passiren der ulcerirten Stelle zu einer Reizung der Bronchialschleimhaut, die Husten und Regurgitation auslöste.

E. J. MOURE.

107) **Paul Berbés. Krebsige Verengerung des Oesophagus. Perforation der Trachea. (Rétrécissement cancéreux de l'oesophage. Perforation de la trachée.)** *Le Progrès méd. No. 6. 7. Februar 1885.*

B. berichtet über einen Fall von Oesophaguscarcinom bei einem 49jährigen Manne, das sich ausserordentlich rasch entwickelt hatt. Es bestand hochgradige Verengerung des Oesophagus an mehreren Stellen. Der Kranke wurde in den letzten Wochen aphonisch und in der Woche vor dem Tode traten Erscheinungen hinzu von Communication der Trachea und des Oesophagus.

Bei der Obduction zeigte sich, dass das Carcinom die angrenzenden Gebilde namentlich den unteren Theil der Trachea mitergriffen hatte. Der Recurrens lag in einem Paket degenerirter Bronchialdrüsen eingebettet. E. J. MOURE.

108) **Guyot** (Paris). **Catheterismus des Oesophagus mit tödtlichem Ausgang. (Cathéterisme de l'oesophage, ayant déterminé la mort.)** *Société méd. des hopitaux de Paris. 24. April 1885.*

Es wird über einen Fall berichtet, der von Krishaber sondirt worden und hierauf unter den Erscheinungen einer infectiösen Nephritis gestorben sei. G. meint, dass vor einer jeden Sondirung des Oesophagus durch vier Tage Chinin in Dosen von 0,60 Cgrm. verabreicht werden mögen. E. J. MOURE.

109) **Duquet** (Paris). **Neuer Dilatator des Oesophagus. (Nouveau dilatateur oesophagien.)** *France méd. No. 50. 30. April 1885.*

Es ist eine Modification des Trousseau'schen Dilatators. Anstatt dass die Olive direct an den dünnen Stiel angeschraubt wird, passt D. sie an einen conisch endigenden Stiel an. Dadurch soll vermieden werden, dass die Sonde bei dem Herausziehen durch die verengte Stelle festgehalten wird. E. J. MOURE.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) **Sitzungsbericht der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. Compte rendu de la Société française d'otologie et de laryngologie.**) Ostern 1885.

Sitzung vom 2. April 1885.

Garel (Lyon) berichtet über einen Fall von acutem retro-laryngealem Abscess mit doppelseitiger Pneumonie, die nach 4 Tagen zum Tode geführt hatte. Die Kehlkopfknorpel erwiesen sich bei der Obduction intact, Der Autor glaubt den primären Larynxabscess und die Pneumonie in diesem Falle auf den gleichen parasitären Ursprung zurückführen zu können. Die Beschreibung des Larynxbefundes ist unklar. —

Delie (d'Ypres): Ein Fall von spätauftretender tertiärer Syphilis des Larynx und Trachea. — Der Fall betraf eine Frau von 47 Jahren, die an heftigen Anfällen von Dyspnoë, namentlich des Nachts, Präcordialangst, Zusammenschnüren und Schmerz in der Kehle (letzterer besonders während des Schlingactes), und an trockenem ermüdenden Husten, der von Laryngospasmus begleitet ist, litt. Der Zustand hatte vor 2 Monaten begonnen mit Schmerzen in der Gegend des rechten Zungenbeinhornes. D. giebt den genauen laryngoscopischen Befund, der anfangs wegen der Schwellung und Ulcerationen der Interarytaenoidschleimhaut, wegen kleiner gelber Knötchen auf dem linken Stimmbande, wegen des scheinbaren Zerstörtseins des rechten Stimmbandes auf Kehlkopftuberculose hätte schliessen lassen können. Doch das Colorit der Schleimhaut, das gute Allgemeinbefinden, das Fehlen von Tuberculose der Lungen, namentlich aber der Krankheitsverlauf, der in den einzelnen Details wiedergegeben ist, liessen Tuberculose ausschliessen und an Syphilis denken. Es handelte sich um Gummata, die den Larynx und den oberen Theil der Trache einnahmen, sich besonders in der Höhe des Ringknorpels und im rechten Cricoarytaenoidealgelenke localisirten und die (Patientin gestand, schliesslich im Alter von 18 Jahren primär inficirt gewesen zu sein) erst 29 Jahre nach der Primäraffection aufgetreten waren. Die Gummata ulcerirten und es kam später zu Wucherungen, die das Lumen des Larynx und der Trachea verengten. Jodoformeinblasungen, Inhalationen und die Schrötter-schen Sonden führten nach 4wöchentlicher Behandlung Heilung herbei bis auf Parese des rechten Stimmbandes und Ankylose des rechten Cricoarytaenoidealgelenkes. — Eine allgemeine Behandlung war nicht eingeleitet worden.

Bayer (Brüssel): Ueber Knochencysten der Nasenhöhle. — Schon vor 12 Jahren hat B. in seiner Arbeit: „Die Zahncysten der Kiefer, Tübingen 1873“ die Ansichten Magitot's bestritten, dass jede Cyste der Kiefer ihrer Natur nach nur eine Zahncyste sei. B. sagte hierbei, es sei nicht einzusehen, warum nicht, wie in jedem Knochen, auch in dem knöchernen Gewebe der Kiefer eine spontane Cystenbildung auftreten könne. Zur Stütze dieser damals nur theoretischen Behauptung führt B. nun einen jüngst beobachteten Fall an. Er fand nämlich bei einem 25jähr. sonst gesunden weiblichen Individuum, das über Un-

durchgängigkeit der Nase klagte, eine multiloculäre Knochencyste, die von der rechten mittleren Nasenmuschel ausging, die rechte Nasenhälfte vollständig ausfüllte und das Septum nach links derart verdrängte, dass auch das Lumen der linken Nasenhälfte verlegt war. Die mit dem Galvanocauter vorgenommene Punction, wobei ein knochenhartes Gewebe durchstossen werden musste, liess eine gelbliche klebrige Flüssigkeit ausfliessen. Nach Durchstossen einer zweiten Knochenlamelle in der Tiefe der Cyste kam eine ähnliche Flüssigkeit zum Vorschein. Das Volumen des Tumors verkleinerte sich aber erst nach Injection einer irritirenden Flüssigkeit, die die Cystenwand zur Vereiterung brachte. Ungefähr 8 Monate später trat Recidive auf, diesmal mit hochgradigem Exophthalmus. Man konnte je eine Cyste, von der mittleren und cberen rechten Nasenmuschel ausgehend, wahrnehmen und musste weitere Cysten im Siebbein vermuthen. Nach mehrfacher Incision von der Nase und von der unteren Orbitalwand aus konnte der Exophthalmus zum Schwinden gebracht werden. Die Kranke steht noch in Behandlung. Verf. giebt an, nur einen congruenten Fall von Glasmacher (Berliner klin. Wochenschr. No. 36, 1884 und p. 379 des internat. Centralbl. I. Jahrg.) in der Literatur gefunden zu haben. —

Moura-Bourouillou (Paris): Die physiologische Wirkung des Musculus thyreo-cricoideus. — M.-B. sagt, dass die älteren Anatomen und Physiologen irrige Ansichten darüber hatten, in welchem Sinne die Annäherung und das Entfernen des Ring- und Schildknorpels statt habe und dass dieser Irrthums auch jetzt noch bestehe.

Nach ihm ist es der Schildknorpel, der während des Hervorbringens hoher Töne durch die Zungenbein- und Pharynxmuskeln fixirt wird, indess der Ringknorpel durch Wirkung des thyreo-cricoideus in seinem vorderen Antheile dem unteren Schildknorpelrande genähert und zugleich mit den aufsitzenden Aryknorpeln nach rückwärts gedrängt wird. — Während der Inspiration wird allerdings der Schildknorpel nach abwärts gebracht, aber nicht durch Wirkung des thyreocricoideus, der hiebei ganz ausser Action tritt, sondern durch die des sterno-thyroideus. (Diese Ansichten sind bereits durch frühere Versuche von Jelenffy und Schech vertreten worden. Anmerkung des Referenten.) —

M.-B. spricht hierauf über die musculäre Natur des Aufhängebandes Isthmus der Schilddrüse, die er das erste Mal im Jahre 1872 gefunden hat. Seit der Zeit konnte er öfter diese Varietät des Ligamentum suspensorium wahrnehmen, so fand er sie 14mal unter den 86 anatomischen Präparaten des pathologisch-laryngologischen Museums des Hôtel-Dieu. Er glaubt, dass es sich um eine theilweise Umwandlung des Bindegewebes in Muskelgewebe handelt und dass durch Anwesenheit des letzteren keine Aenderung in der Rolle des Aufhängebandes eintrete. —

Sitzung vom 3. April 1885.

Moure (Bordeaux) spricht über Prognose und Behandlung der Rhinitis atrophica oder Ozaena. — Er erklärt sich vorerst Anhänger der Theorie von Gottstein zu sein und sucht in der Affection der Schleimdrüsen die Hauptursache der fötiden Secretion. Er leugnet nicht, dass die durch Atrophie der

Schleimhaut und der unteren Nasenmuschel entstehende Weite der Nasenhöhle mit eine Rolle spiele, indem die zurückgehaltene eingetrocknete Secretion durch steten Reiz die Affection der Schleimdrüsen unterhalte und steigere, aber er bekämpft die Theorie Zaufal's, der in der angeborenen Weite der Nasenhöhle allein das ätiologische Moment für die Ozaena suche. — Bezüglich der Prognose ist M. anderer Ansicht als die meisten Autoren. Er hält nämlich die Ozaena in den weitaus häufigsten Fällen für heilbar unter der Voraussetzung, dass durch mehr weniger lange Zeit unermüdlich die entsprechende Behandlung ausgeführt wird. Diese besteht in lauwarmen Einspritzungen mittelst der Weber'schen Douche: zuerst von Lösungen mit chlorsaurem Kali, doppeltkohlensaurem Natron, Meersalz etc., um die festanhaftenden Krusten aufzuweichen und dann von antiseptischen Flüssigkeiten, die jeden Monat gewechselt werden. Endlich lässt er nach diesen 2—3 Mal täglich vorzunehmenden Irrigationen noch antiseptische oder leicht adstringirende Flüssigkeiten in der Nase zu zerstäuben. —

In der darauf folgenden Discussion bemerkt Delie, dass er des Tags über zwei ausgiebige desinficirende Irrigationen vornehmen und des Abends einen jodhaltigen Wattetampon einlegen lasse. — Zwei so behandelte Fälle seien vollständig getheilt. —

Garrigou-Désarènes setzt nochmals seine Therapie mittelst der chemischen Galvanocaustik (siehe p. 319 des Centralblatts. I. Jahrgang.) auseinander und giebt an, auf diese Weise mehrere Fälle des atrophischen chronischen Nasencatarrhs geheilt zu haben. Die Wirkung der chemischen Galvanocaustik sei darauf zurückzuführen, dass an dem mit der Schleimhaut in Berührung stehenden Pole nascirende Säuren oder Alkalien sich bilden, die einen modificirenden Einfluss auf die Schleimhaut ausüben.

Noquet wendet die gleichen Irrigationen wie Moure an, giebt ausserdem Atropinum sulfuricum und cauterisirt, wenn nöthig, mit dem Galvanocauter.

Aysaguer hält nicht viel von Electrolyse und Galvanocauter bei der wahren Ozaena. Mehr nütze es dem Uebelstande zu begegnen, der aus der Weite der Nasenhöhle erwachse. Drum wende er ausser den antiseptischen Irrigation die Wattetampons an. Dass die Weite der Nasenhöhle Ursache der Ozaena sei, konnte er sehen in einem Falle, wo er einer Frau 80 Polypen exstirpirt hatte. Es stellten sich darauf alle Zeichen der gewöhnlichen wahren Ozaena ein. — Einen ähnlichen Fall habe auch Calmettes beobachtet.

Baratoux (Paris) hat keinen Erfolg von dem Einlegen der Wattetampons gesehen und zieht antiseptische Irrigationen und Betupfen mit schwefelsaurem Atropin, Jodpräparaten oder Adstringentien vor. Er berichtet über einen Fall, in dem das erstere Verfahren durch 3 Jahre fruchtlos angewendet wurde, während nach 6monatlicher Behandlung mit dem 2. Verfahren Heilung eintrat.

Moura-Bourouillou meint, es sei wichtig, zwischen wahrer und falscher, vorübergehender Ozaena zu unterscheiden. Die letztere sei oft durch längeres Verweilen normaler Secretionen veranlasst.

Boucheron (Paris) pflichtet ganz der Meinung Löwenberg's bei, dass die Ozaena durch einen specifischen Micrococcus bedingt sei.

Noquet und Moura halten den von Löwenberg gefundenen Micrococcus

nicht für die Ursache, sondern für den Effect der bei der Ozaena sich zersetzenden Secrete.

Gellé (Paris) bemerkt, dass alle oben angeführten Behandlungsweisen unzureichend seien, um diese bedauerliche Krankheit zu heilen.

Sénac-Lagrange beschreibt die verschiedenen Zustände, die im Stande seien, leichte Stimmstörungen zu veranlassen und die eigentlich erst durch die schwefligen Mineralwässer, insbesondere aber durch die von Cauterets zum Vorschein kommen. — Diese leichten Alterationen des Larynx seien undefinirbar und schwer, ja gar nicht durch das laryngoscopische Examen aufzudecken.

Der Autor spricht von einem „dynamischen Elemente", das hierbei eine Rolle spiele, lässt die Worte Asthenie und Atonie einfliessen und dann von einem „materiellen Elemente", von welchem er 1. ein hämorrhagisches, 2. ein congestives, 3. ein catarrhalisches und 4. ein spasmodisches unterscheidet. Er setzt auch auseinander, dass der „lymphatische Typus" der Behandlung mit schwefelhaltigem Wasser zugänglich sei, der „arthritische Typus" dagegen nicht. — Am Ende fragt man sich aber vergebens, was der Autor mit alledem eigentlich sagen wolle.

Aus der darauf folgenden Discussion möge die Frage Moure's hervorgehoben werden, worin denn eigentlich in den Fällen von Aphonie die Alterationen des Larynx bestanden haben, denn ohne eine Läsion der Schleimhaut und des Muskelapparates des Kehlkopfes sei eine Aphonie nicht denkbar? — S.-L. antwortet hierauf, dass der Kehlkopfspiegel zwar einen Aufschluss über den anatomischen, aber nicht über den functionellen Zustand des Kehlkopfes gebe, und Gouguenheim meint, dass er oft schon Fällen von gänzlicher Aphonie begegnet sei, in denen der Kehlkopfspiegel gar keine Läsion entdecken liess. Moure giebt dies nur zu für die Fälle von allgemeiner Anämie oder von Innervationsstörungen der Exspirationsmuskeln. — Gouguenheim bemerkt noch, dass in seinen Fällen es sich wahrscheinlich um ein Uebermass von Spannung der Stimmbänder gehandelt habe, so dass eine Vibration derselben unmöglich wurde. — Moure entgegnet, er könne einer Hypothese nicht beipflichten, die eine Aphonie da zulasse, wo die intacten Stimmbänder sich vollständig einander nähern. In dem Falle, wo es sich um einen phonischen Stimmritzenkrampf handle, würde dieser eben mit dem Laryngoscop erkannt werden können.

Moure: Ueber einen Fall von simulirter Aphonie und einen Fall von nervöser Aphonie beim Kinde. — Der erste Fall betraf einen 12jährigen Seminaristen, der im Verlaufe einer Masernerkrankung heiser und gegen Ende derselben plötzlich stimmlos wurde. Die laryngoscopische Untersuchung ergab normale Verhältnisse und die Stimmbänder berührten sich, während der Kranke bemüht war, den Ton zurückzuhalten. Durch Drohungen eingeschüchtert, begann er sofort zu sprechen. Er erinnert an ähnliche Beobachtungen von Martel, Masseï und an einen analogen, von Duponchel beschriebenen Fall seiner Klinik (siehe S. 252 des Centralblatts, I. Jahrgang.). — Der zweite Fall betraf ein Kind, dessen Aphonie ebenfalls nach Masern entstanden war, doch hier konnte man deutlich eine Paralyse der Glottisverengerer nachweisen. Einmaliges intralaryngeales Electrisiren genügte, um die Aphonie zum Verschwinden zu bringen.

M. Schäffer theilt seine Versuchsergebnisse mit, die er mit dem Aluminium acetico-tartaricum und dem Aluminium acetico-glycerinatum siccum gemacht hat. Er hat die essigweinsaure Thonerde bei diversen Erkrankungen der Schleimhäute des oberen Respiratinnstractes angewendet und namentlich bei den mit Borkenbildung einhergehenden Affectionen einen guten Erfolg gesehen. Die Wirkung sei eine caustisch-adstringirende. — Namentlich bei Ozaena sei dieses Mittel den gewöhnlich angewandten vorzuziehen, was wohl mit der von Schede 1881 gefundenen, stark desinficirenden Eigenschaft desselben in Zusammenhang sein mag. Gegegenüber den Kali-chloricum- und den Sublimatlösungen ist es auch schon wegen seiner nichtgiftigen Eigenschaft zu empfehlen. Er wendete es in Pulverform und in Lösungen an. Das Aluminium acetico-glycerinatum ist 5mal schwächer in seiner Wirkung als das erstere Mittel. Sch. fordert zu weiteren Versuchen auf.

Sitzung vom 4. April 1885.

Duhourcau (Cautererets) giebt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Kehlkopftuberculose wieder, der nach 23tägiger Behandlung mittelst Schwefelthermen nach einer vorübergehenden leichten Besserung ein letales Ende nahm. D. glaubt, diesen Fall, ungeachtet des ungünstigen Ausganges, in's Feld führen zu können gegen die von Moure am letzten internationalen Congress zu Kopenhagen entwickelte Anschauung, dass der Gebrauch von Schwefelthermen bei Kehlkopftuberculose und vielleicht auch bei Lungentuberculose allein schädlich und darum zu verwerfen sei, doch giebt D. zum Schlusse zu, dass Vorsicht hierbei vonnöthen sei.

In der Discussion bemerkt Fauvel betreffs der Localtherapie bei Larynxtuberculose, dass das Cauterisiren mit flüssigen oder festen Aetzmitteln eher schade als nütze, dass er aber den Galvanocauter mit grossem Erfolge ohne jede Gefahr selbst bei Larynxödem angewendet habe, und dass galvanocaustische Aetzungen tuberculöse Zungen- und Pharynxgeschwüre zum Vernarben bringen.

Masseï (Neapel) sendet eine Arbeit über Cocain bei Chorea des Larynx. — Bei einem 20jährigen Mädchen, bei welchem durch 14 Monate alle möglichen medicamentösen Mittel, Hydrotherapie und Electricität vergebens versucht worden waren, um den nur im Schlafe weichenden heftigen Husten zu bekämpfen, erzielte eine 20proc. Cocainlösung, mit welcher die ganze Larynxschleimhaut wiederholt gepinselt wurde, bedeutende Besserung. Dieser Fall scheine seine Anschauung zu bestätigen, dass es sich bei Chorea des Larynx um eine übergrosse Reflexempfindlichkeit der Larynxschleimhaut handle und dass das Durchstreichen der eingeathmeten Luft genüge, den Hustenreiz auszulösen.

E. J. MOURE.

b) **Ph. Schech** (München). **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase mit Einschluss der Rhinoscopie und der local therapeutischen Technik für practische Aerzte und Studirende.** Mit 5 Abbildungen. 242 Seiten. Wien 1885. Toeplitz und Deuticke.

Verf. bezeichnet im Vorworte seine Arbeit als ein Lehrbuch, das weniger voluminös, aber doch die Materie vollständig erschöpfend sein soll.

Ref. hat gerade nach dieser Richtung hin das Buch geprüft und kann gleich Eingangs sein Urtheil dahin abgeben, dass er sich glücklich geschätzt hätte, wäre ihm auf der Universität oder als angehendem Arzte ein solches Lehrbuch zum Studium obiger Krankheiten zugänglich gewesen!

Verf. beweist in Allem eine grosse Selbstständigkeit, so z. B. in der Stoffeintheilung, welche von der bisher üblichen merklich abweicht und dem Buche einen ganz originellen Character verleiht. Weiter hat Verf. gewagt (!), die Literaturangaben wegzulassen, welche den Studirenden oft nur — ärgern, weil er die betr. Werke zum Nachschlagen nicht hat.

Trotzdem ist Verf. aber allen Autoren gerecht geworden durch Nennung ihrer Namen bei den betreffenden Abschnitten.

Mit Abbildungen ist das Werk spärlich versehen — Verf. setzt ebn voraus, dass der Studirende entweder an guten Präparaten, oder noch viel besser an Kranken selbst die bezüglichen Krankheitserscheinungen unter Anleitung eines Lehrers beobachten lernt und dass er zu Hause dann darüber nachlesen kann. Verf. setzt demnach den klinischen Unterricht auch für die Rhinologie voraus und bei der Stellung, welche heutzutage bereits dieselbe einnimmt, ist derselbe für diese Disciplin unumgänglich nothwendig geworden.

Freilich werden auf diesen klinischen Unterricht nur wenige Stunden wöchentlich entfallen können und wird deshalb der Lehrer mit dem Demonstriren, der Lernende mit dem Untersuchen der Patienten soviel zu thun haben, dass zu eigentlichen klinischen Vorträgen wenig Zeit übrig bleiben dürfte. Diese Lücke auszufüllen ist das vorliegende Lehrbuch Schech's bestimmt und hat Schech nach des Ref. Ansicht diese Aufgabe in ausgezeichneter Weise gelöst.

Verf. beginnt jedes der 3 Capitel, Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase mit anatomisch-klinischen Betrachtungen, lässt dann die für die Diagnose nothwendigen Untersuchungsmethoden, die Symptomatologie der Krankheiten und die einzuschlagende Therapie folgen. Wenn letztere manchem Leser zu specialistisch gefärbt erscheine, so möge derselben bemerken, sagt Schech, dass es keine andere, einfache und ebenso wirksame giebt.

Die Krankheiten der Mundhöhle sind in erschöpfender Weise behandelt. Knapp und kurz die Symptome bezeichnet, so dass sich der Lernende ein klares Bild von der betreffenden Affection machen kann. Verf. vermeidet Alles, was den Anfänger unsicher machen könnte; derselbe wird leicht die verschiedenen Fälle in die richtige Gruppe einreihen können.

Sehr interessant ist das Capitel der Nervenkrankheiten der Mundhöhle; dieselben pflegten in den meisten Büchern bis jetzt zu kurz zu kommen.

In dem Capitel der Krankheiten des Rachens ist eine sehr gelungene Abbildung des hinteren Nasenrachenraumes zu erwähnen.

Verf. hat unter den chronischen Catarrh des Nasenrachenraumes die adenoiden Vegetationen eingereiht; er betrachtet sie immer als einen Folgezustand desselben. In dieser Beziehung differirt er nur scheinbar mit Anderen, welche die Hypertrophie des Gewebes der Rachenmandel als angeboren betrachten; denn diese letzteren Autoren vertreten die Ansicht, dass eben der Nasenrachencatarrh angeboren sein kann.

Die zur Operation derselben angegebene Zange nähert sich im Principe der Michael'schen Doppelhohlmeisselzange; nur ist sie vorn dicker und dadurch für manchen Nasenrachenraum schwerer zu benutzen.

Nachdem zuerst die mit der Pharyngitis chronica einhergehenden Hypertrophien der Schleimhaut geschildert sind, wird auch des Ausganges derselben in Atrophie gedacht mit ihren Wirkungen auf die Stimme, das Allgemeinbefinden und namentlich das Gemüthsleben des Patienten.

Die Behandlung des chronischen Rachencatarrhs ist ausführlich beschrieben, weil nach Verf. die Ansichten über dieselbe häufig so unklar sind.

Er redet der örtlichen Behandlung das Wort, welche ihren Höhepunkt in der energischen Anwendung des Galvanocauters erreicht.

Entsprechend der Wichtigkeit der Erkrankung ist der Pharyngitis diphtheritica ein grosser Raum gewidmet. Verf. spricht mit Recht den Zweifel aus, ob ob die von manchen Autoren gefundenen Microorganismen nicht vielmehr die Producte als die Ursachen der Diphtherie sind.

Verf. erklärt die diphtheritische Schleimhauterkrankung, gestützt auf Heubner's Versuche, als eine innige Verquickung von Entzündung und Necrose, welch' letztere eine Folge ist localer, bis zur vollkommenen Stase sich steigernder Circulationsstörungen mit gleichzeitiger Erkrankung der Gefässe selbst.

Je nach der oberflächlicheren oder tiefer greifenden Erkrankung des Gewebes unterscheidet Verf. vom anatomisch-klinischen Standpunkte eine croupöse und septische Form der Diphtherie. Verf. verwirft es also, eine durch Infection mit diphtheritischem Contagium entstandene catarrhalische und phlegmonöse Entzündung der Schleimhäute als Diphtherie zu bezeichnen. Er lässt diese Erkrankungen nur als Diphtherie gelten, wenn Pseudomembranen vorhanden sind.

Bei der Therapie entwickelt Verf. äusserst beherzigenswerthe Ansichten, welche der jetzt allgemeinen Sucht entgegentreten, Specifica für jede Krankheit entdecken zu wollen.

Ueberhaupt findet der practische Arzt gerade die für ihn wichtigsten Erkrankungen ausführlicher bearbeitet unter Berücksichtigung aller Fortschritte in der Allgemein- und Specialbehandlung.

Im Capitel der Krankheiten der Nase bespricht Verf. unter Rhinitis chronica alle hypertrophischen und atrophischen Zustände der Nasenschleimhaut und deren Folgezustände, unter welchen er sich mit den Reflexneurosen eingehender beschäftigt.

Verf. nimmt den Standpunkt ein, dass die Reflexe nicht, wie Hack wenigstens anfangs meinte, allein von einer Hyperplasie hauptsächlich der unteren vorderen Muschelenden herrühren resp. von hier die Reflexe ausgelöst werden, sondern dass diese Auslösung sicherlich meist ohne Betheiligung des cavernösen Netzes von den sensiblen Nerven der Schleimhaut stattfindet. Hack hat seitdem seine Ansicht in manchen Punkten modificirt und steht Ref. in der Beziehung jetzt Hack näher als Schech, indem Ref. der Hyperplasie des caverösen Gewebes eine grosse Bedeutung beilegt. Andererseits sprechen sehr viele Gründe für Schech's Ansicht, resp. glaubt Ref., dass sich beide Ansichten ergänzen, dass durch beide Momente die Reflexneurosen entstehen. Welches das ausschlaggebende Moment aber im einzelnen Falle ist, dürfte schwer zu entscheiden sein.

Die Ozaena entwickelt sich nach Verf. aus einem hypertrophischen Stadium der Nasenschleimhaut; er fasst sie also nicht als eine einfache Degeneration des Gewebes auf, sondern als eine entzündliche Erkrankung mit Ausgang in Atrophie.

Für die in der Nase, dem Rachen nothwendigen galvanocaustischen Operationen kann Verf. mit Recht seine Instrumente empfehlen; Ref. hat seit 1878 sich derselben fast ausschliesslich bedient und übertreffen dieselben alle ihm sonst bekannten.

Alles, was von einem guten Lehrbuche verlangt werden kann, ist in reichem Maasse geboten. So glatt, klar und einfach sich Alles liest, so weiss gerade der Specialist zu beurtheilen, wie schwierig die Bearbeitung des grossen vorhandenen Stoffes bei Beschränkung des Umfanges eines Werkes ist.

Zu allen noch streitigen Punkten hat Verf. eine ganz bestimmt ausgesprochene, durch gute Gründe motivirte Stellung genommen und wird so dem Lernenden ein Gefühl der Sicherheit gegeben, welches für die Diagnose und Therapie nicht zu unterschätzen ist.

Die Specialcollegen werden neben vielem Bekannten manches Neue oder dem Bekannten eine neue Seite der Auffassung abgewonnen finden.

So sei das Buch Schech's Allen empfohlen, welche ihr Interesse obigen Krankheiten zuwenden.

Es bietet Allen viel des Guten! MAX SCHAEFFER (Bremen).

c) J. Gottstein (Breslau). **Die krankheiten des Kehlkopfs.** In englischer Sprache mit Zusätzen herausgegeben von P. M'Bride (Edinburgh). **(Diseases of the larynx).** W. & A. K. Johnston, Edinburgh & London. 1885.

Wenn kaum zwei Jahre nach dem Erscheinen eines Werkes eine Uebersetzung desselben aus competentester Feder in eine Sprache erfolgt, in welcher ein Mangel an guten Werken über den behandelten Gegenstand nicht vorliegt, so ist dies ein redender Beweis für die Vortrefflichkeit des Buches. Der britische Herausgeber des Gottstein'schen Werkes, dessen deutsche Ausgabe in der ersten Nummer des Centralblattes von keinem Geringeren als C. Gerhardt besprochen wurde, ist denn auch so sehr von der Vorzüglichkeit desselben überzeugt, dass er seine Vorrede mit den Worten beginnt: „Ich fühle, dass die Uebersetzung dieses Werkes keiner Entschuldigung bedarf, und dass, falls sie keinen Beifall finden sollte, die Schuld nicht den Verfasser, sondern den Uebersetzer trifft.“

Es ist kaum zu befürchten, dass die englische Ausgabe keinen Beifall finden wird. Ein kurzes und doch vollständiges Werk, wie das Gottstein'sche, ist überall willkommen, zumal in einer so vortrefflichen Uebersetzung wie der vorliegenden. Die Zusätze des Herausgebers beziehen sich — zufällig oder absichtlich? — hauptsächlich auf Fragen, deren mangelnde Besprechung Prof. Gerhardt in seiner Kritik der deutschen Ausgabe des Werkes gerügt hatte. In einem Appendix werden neuere Beobachtungen über die Innervation des Kehlkopfs, und zwar die Krause'schen Untersuchungen über die Beziehungen der Grosshirnrinde zum Kehlkopf und Rachen, die Exner-Mandelstamm-Weinzweig'schen Studien über die Vertheilung der Kehlkopfnerven in den einzelnen Muskeln des Larynx und der Charcot'sche „Kehlkopfschwindel“ besprochen, letzterer mit Bezugnahme auf einen von M'Bride selbst beobachteten Fall, der im Centralblatt

(I. Jahrgang, S. 91) ausführlich referirt worden ist. Die interessanten Bemerkungen, die der Herausgeber in einer kürzlich erschienenen Arbeit: „A contribution to the study of laryngeal paralyses" über die Kehlkopfsymptome bei Tabes dorsalis gemacht hat, haben leider keinen Platz in dem Appendix gefunden. Hoffen wir, dass sie in einer zweiten Auflage nicht fehlen werden. Die sonstigen hauptsächlichsten Zusätze des Herausgebers beziehen sich auf die Einführung des Cocains in den Arzneischatz der Kehlkopfkrankheiten, sowie auf die Arbeiten des Referenten über Abductorparalyse. Das das unbefangene und zustimmende Urtheil eines Autors, der auf verhältnissmässig zahlreiche, eigene Erfahrungen zurückblicken kann, dem Referenten sehr erfreulich ist, braucht nicht hervorgehoben zu werden.

Unzweifelhaft wird sich die englische Ausgabe des Werkes ebenso warme Freunde erwerben, wie die deutsche.

SEMON.

IV. Briefkasten.

Die Stellung der Laryngologie in Deutschland.

Es fügt sich eigenthümlich, dass in demselben Augenblick, in welchem wir an anderer Stelle der so vielfach ungenügenden Anerkennung des Werthes der Laryngologie und Rhinologie in Deutschland gedenken, der allverehrte Altmeister der Laryngologie, Carl Gerhardt, seine Lehrthätigkeit an der ersten Klinik des deutschen Reiches beginnt. Dass wir von ihm, den wir mit Stolz den Unsern nennen, eine Belebung des allgemeinen Interesses für die Laryngologie in der Sphäre seines neuen Wirkungskreises erwarten dürfen, bezweifeln wir keinen Augenblick; wir hoffen aber auch, dass es dem gewichtigen Einfluss, den er sicherlich berufen sein wird, an massgebender Stelle in Fragen der medicinischen Erziehung auszuüben, gelingen wird, jene beiden Desiderate durchzusetzen, die für die gedeihliche und fruchtbringende Entwicklung der Laryngologie in Deutschland mit vollem Rechte als unentbehrlich bezeichnet werden müssen: 1. Die Errichtung einer ausserordentlichen Professur für Rhino-Laryngologie an jeder Universität des deutschen Reiches. 2 Die Aufnahme der Laryngoscopie und Rhinoscopie unter diejenigen Untersuchungsmethoden, deren Kenntniss bei Ablegung des Staatsexamens obligatorisch ist!

Die Aussichten für die laryngologische Section des XI. internationalen medicinischen Congresses zu Washington.

Wie die Bilder eines Kaleidoscops, so ändern sich in jedem Augenblicke die Verhältnisse des Washingtoner Congresses, und die Ereignisse, welche sich im Schoosse des vorbereitenden Comités abspielen, die Nominationen, Depositionen, Resignationen, folgen einander mit so athemloser Schnelligkeit, dass die Nachrichten, die uns die amerikanische Post bringt, gewöhnlich bereits von der inzwischen erfolgten, weiteren Entwicklung der Dinge überholt sind. Wir würden unter diesen Umständen vorziehen, dem sonderbaren Schauspiel, das sich in dieser ganzen Frage vollzieht, mit gekreuzten Armen zuzuschauen, und erst in jenem Augenblicke den Faden unserer Berichte wieder aufzunehmen, in welchem wirklich definitive Resultate in dem einen oder im anderen Sinne erzielt sind, brächte uns nicht die letzte Post eine Nachricht, welche vom principiellen Standpunkte aus einen sofortigen und energischen Protest verlangt Uns geht nämlich in diesem Augenblicke von zuverlässigster Seite die Mittheilung zu, dass gegenwärtig der Beschluss gefasst worden ist, die laryngologische mit der otiatrischen in eine einzige Section zu verschmelzen. Gegen diesen Beschluss erheben wir sofort auf das

Nachdrücklichste Einspruch, einen Einspruch, der, wie wir nicht zweifeln, von der überwiegenden Mehrzahl der Laryngologen der Welt mit Einschluss unserer amerikanischen Collegen unterstützt werden wird! — Als auf dem Londoner Congresse von der laryngologischen Subsection einstimmig die Resolution angenommen wurde, dass die Abhaltung künftiger laryngologischer Specialcongresse nicht im Interesse der Specialität läge und besser unterbliebe, geschah dies in der Voraussicht, dass nunmehr für die Laryngologie eine unabhängige Stellung unter den anerkannten Specialitäten bei künftigen, internationalen ärztlichen Zusammenkünften gesichert sei. Diese Voraussicht erfüllte sich in vollem Masse bei Gelegenheit des letzten internationalen Congresses. In London sowohl wie in Kopenhagen zeigte sich — das dürfen wir behaupten — die Laryngologie der ihr eingeräumten Stellung würdig. Es liegt also nicht der geringste Grund vor, sie der schwer verdienten Anerkennung zu berauben.

Aber die Frage ist nicht bloss ein Etiquettenstreit. Auf dem Kopenhagener Congresse hatten wir die Gelegenheit practisch zu erproben, wie sich die gemeinschaftliche Thätigkeit der Laryngologen und Otologen gestalten würde. Welches das Resultat war — hinsichtlich dieser Frage verweisen wir unsere Leser auf den Leitartikel der Septembernummer unseres ersten Jahrganges. Es dürften sich nicht viel europäische Laryngologen finden, welche Lust hätten, den Ocean zu kreuzen, um die damals gemachten Erfahrungen zu wiederholen!

Vermuthlich ist es die Unmöglichkeit, überhaupt ein repräsentatives Bureau für die laryngologische Section zusammen zu bekommen, welche das gegenwärtige Organisationscomité zu seinem Beschlusse bestimmt hat. Aber die Motive sind völlig gleichgültig. Wir protestiren gegen einen Rückschritt, welcher einerseits durch die bisherigen Leistungen der laryngologischen Sectionen nicht gerechtfertigt ist, zweitens die Leistungsfähigkeit der laryngologischen Abtheilung des bevorstehenden Congresses mit Nothwendigkeit auf das Empfindlichste schwächen muss, drittens einen gefährlichen Präcedenzfall für folgende Congresse schafft, und wir verlangen die Beibehaltung unserer gegenwärtigen Stellung!

Ein „Lapsus calami“.

In dem Literaturverzeichniss eines laryngologischen Journals vom letzten Monat findet sich folgende, amüsante Uebersetzung des Titels der in unserer Septembernummer (Referat 10) besprochenen Jankowski'schen Arbeit:

„Paralysie des muscles laryngés, après l'exstirpation du larynx.“

Anno Domini 1885! —

Als im Jahte 1881 in der laryngologischen Subsection des Londoner internationalen medicinischen Congresses das Thema: „Indicationen für extralaryngeale oder intralaryngeale Behandlung gutartiger Neubildungen im Kehlkopf“ discutirt wurde, drückten mehrere Sprecher ihr Erstaunen darüber aus, dass diese Frage überhaupt zur Discussion gestellt worden sei: Dieselbe sei doch längst zu Gunsten der intralaryngealen Operationsmethode, wo selbe irgend angänglich sei, entschieden!

Nun lese man den Bericht über die Fälle von Laryngotomie in der Berliner klin. Wochenschrift vom 12. October 1885, welche in der Gesellschaft der Charité-Aerzte vom 30. April 1885 mitgetheilt wurden. In einem derselben handelte es um einen „erbsengrossen Tumor am vorderen Winkel der Stimmritze, der nach unten herabhing“, im anderen um einen — augenscheinlich gestielten — Tumor“ unterhalb der Stimmbänder. Der Operateur bemerkte dazu in der Discussion: „er begreife nicht, wie man überhaupt noch versuchen könne, Tumoren, die an den Stimmbändern oder gar an der Unterfläche derselben sitzen, intralaryngeal zu operiren.“ — — —

Anno Domini 1885! —

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, December. 1885. No. 6.

I. Die laryngo-rhinologische Literatur in den ersten sechs Monaten des Jahres 1885.

Obwohl die folgende Uebersicht absolute Genauigkeit nicht beanspruchen kann, giebt sie ein im Ganzen getreues Bild der literarischen Bewegung auf laryngo-rhinologischem Gebiete während der ersten sechs Monate des Jahres 1885. Man wird aus derselben entnehmen, dass einerseits die Gesammtzahl der Productionen wiederum bedeutend zugenommen hat, andererseits sich die Productionsverhältnisse einzelner Länder etwas gegen einander verschoben haben: Nordamerika hat Grossbritannien, Italien hat Oesterreich, Russland hat Belgien den Rang abgelaufen. Auffallend ist die enorme Anzahl der amerikanischen Publicationen über Diphtherie, während die verhältnissmässig bedeutende Anzahl der englischen Arbeiten über Schilddrüsenaffectionen leicht auf das Interesse zurückgeführt werden kann, welches in diesem Lande an den Folgezuständen der Thyroidectomie und am Myxödem genommen wird.

Länder.	Allgemeines.	Nase.	Rachen.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	14	27	20	40	25	7	5	138
England und Colonien	20	24	18	4	26	13	11	116
Deutschland	25	20	14	11	24	9	2	105
Frankreich	7	12	18	11	20	3	10	81
Italien	3	3	2	4	10	4	1	27
Oesterreich	7	4	4	2	5	3	1	26
Russland	2	—	1	1	7	2	—	13
Belgien	2	1	3	1	5	—	—	12
Schweden, Norwegen, Dänemark	3	—	2	1	3	2	—	11
Schweiz	1	1	—	—	3	2	—	7
Polen	1	2	—	—	—	—	—	3
Spanien	1	—	—	—	1	—	—	2
Zusammen	86	94	82	75	129	45	30	541

II. Referate.

a. Therapeutisches.

1) **R. W. Parker** (London). **Glycerinum Aluminis.** *Brit. Med. Journal. 24. Januar 1885.*

P. empfiehlt warm eine Lösung von Alaun in Glycerin in der Stärke von 1:5 zu kräftigen, adstringirenden Applicationen. Alaun löst sich in Glycerin bei sanftem Erwärmen. Als Vorzüge des Mittels, das besonders bei chronischer Pharyngitis der Kinder gerühmt wird, nennt P., dass es weit weniger unangenehm ist, als Tannin, dieselben adstringirenden Eigenschaften besitzt, und sich mit der Verordnung von Eisenpräparaten verträgt. Mit Wasser verdünnt, liefert es ein brauchbares Gargarisma etc. SEMON.

2) **Athenstädt** und **M. Schäffer. Aluminium acetico-tartaricum. Aluminium acetico-glycerinatum siccum.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 20. S. 390. 1885.*

Apotheker Athenstädt in Bremen hat die in der Ueberschrift genannten Thonerdepräparate dargestellt, die in kaltem destillirtem Wasser leicht löslich sind, in der Hitze sich aber zersetzen. M. Schäffer in Bremen hat mit ihnen Versuche an der Schleimhaut der oberen Respirationswege angestellt und rühmt ihnen Vorzüge vor den bekannten ähnlichen Mitteln nach. Als Pulver aufgeblasen, wirken dieselben caustisch-adstringirend, doch empfiehlt sie Schäffer nur bei mit Borkenbildung einhergehenden Erkrankungen, vor Allem bei Ozaena. Hier wirken sie gleichzeitig als kräftiges Desinficiens. In Lösungen benutzt Schäffer von einer 50proc. Lösung von Alumin. acetic. tartaric. 1 Theelöffel voll auf $^1/_2$ bis 1 Liter lauwarmen Wassers zur Ausspülung der Nase, oder von einer 20proc. Lösung 10 Tropfen auf 200,0; letzeres auch zum Gurgeln. Das Alumin. acetico-glycerin. hat einen hohen Preis und ist 5mal weniger stark, als das weinsaure Salz. B. FRAENKEL.

3) **Theodor Hering** (Warschau). **Anwendung der Chromsäureätzungen bei Krankheiten der Nasenhöhle, des Rachens und des Kehlkopfs.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 11. S. 167. 1885.*

Der wesentliche Inhalt des Aufsatzes ist im vorigen Jahrgang dieses Blattes, S. 130 und S. 202, bereits wiedergegeben. B. FRAENKEL.

4) **Rethi** (Wien). **Die Chromsäure und ihre Anwendung als Aetzmittel bei den Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.** *Wiener med. Presse No. 14., 16., 18. 1885.*

Nach ausführlicher Beschreibung von 7 Fällen schildert R. die Application des Mittels; es wird die Chromsäure an eine Silbersonde angeschmolzen und die Schleimhauthypertrophie damit berührt. Vor- und nachher wird die betreffende Gegend mit 1—10proc. Sodalösung tüchtig abgespült. Die geätzte Stelle sinkt sofort ein, und ohne Schmerz, Entzündung oder Schwellung erfolgt nach wenigen Tagen die Abstossung des Schorfes. Der Vorzug des Mittels besteht in der ener-

gischen Wirkung, Schmerzlosigkeit und dem Fehlen jeder starken Reaction. Es wirkt schneller, als Lapis und die Galvanocaustik. Nur muss man sorgfältig mit Sodalösung abspülen, mehrmals, bis die Lösung farblos ist. Vergiftung durch Verschlucken beobachtete R. nie. Sollte aber etwa Erbrechen eintreten, so räth R.

℞ Pulv. ferri 5,0,
Tincturae oleosae,
Syr. spl. ana 50,0 an.
MDS. Wohl aufgeschüttelt, alle 5 Minuten 1 Kaffeelöffel, dann 2 Esslöffel Wasser. Auch kann man innerlich etwas Sodalösung geben.

Gute Erfolge sah R. bei Hypertrophien in der Nase, dem Rachen und Kehlkopfe. Bei der Anwendung im Larynx ist die Neutralisation schwierig. Bei tuberculösen Schwellungen im Larynx wendete sie R. mit Erfolg an. CHIARI.

5) **Maudin** (Paris). **Anmerkung über die Veränderung des Cocainum muriaticum und seiner Salze. (Note sur l'altération du chlorhydrate de cocaïne et de ses solutions).** *Annales des mal. de l'oreille, du larynx etc. No. 2. Mai 1885.*

M. untersuchte eine Lösung des salzsauren Cocains und 2 Präparate dieses Salzes in Pulverform. — In der Lösung fand er Kryptogamina, und er empfiehlt, um die Bildung derselben zu verhüten, etwas (0.25 pCt.) Salicylsäure der Lösung hinzuzufügen. In dem einen Pulver fand er etwas Eisen, das zweite löste sich nur unvollständig im Wasser und setzte eine braune, harzige Masse ab.

E. J. MOURE.

6) **Rud. Meyer** (Zürich). **Ueber den Werth des Cocainum muriaticum für die Behandlung von Hals- und Nasenleiden.** *Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 12. 1885.*

M. theilt die Erfolge, welche er in seiner grossen Praxis mit dem Cocain erzielt hat, mit, und stimmt in das allgemeine Lob, welches diesem localen Anaestheticum zu Theil wird, vollkommen ein. Mit Vortheil gebrauchte er es u. A. gegen die Schluckschmerzen bei der tuberculösen Perichondritis. Hervorzuheben ist ferner seine erfolgreiche Anwendung in Form von Inhalationen bei Hustenreiz in den Luftwegen, namentlich in einem Fall von Keuchhusten mit starker Röthung der unteren Hälfte des Kehlkopfes, wo durch Einathmung einer Lösung von 0,05:40,0 die heftigen und erschöpfenden Hustenanfälle sofort gemildert wurden. Verf. sieht hierin auch einen Beweis für seine Ansicht, dass der Keuchhusten überhaupt nicht auf einer centralen Neurose, sondern auf einer localen Entzündung beruhe. JONQUIERE.

7) **S. von Stein** (Moskau). **Cocain bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (Kocain dri gorlowich noso wich i uschnich boljesnjach).** *Trud. obschi russ wratsch. w. Moskwe. 1884. II.*

Stein hat einen sehr ausgedehnten Gebrauch vom Cocain gemacht; er benutzte es in Form einer 5procent. Salbe mit Vaselin. Seine Erfahrungen gipfeln in Folgendem:

1) Es wirkt gut als Medicament bei Laryngitis catarrhalis acuta. (Verf.

brachte sich selbst eine solche bei durch Bepinseln seines Kehlkopfs mit einer starken Arg.-nitr.-Lösung und konnte sich subjectiv und objectiv von der guten Wirkung einer 5proc. Cocainsalbe überzeugen).

2) Bei Laryngitis war es ganz unwirksam.

3) Bei Laryngitis tuberculosa übertrifft es als beruhigendes und local anästhesirendes Mittel alle bisher bekannten.

4) Es ist unschätzbar als Vorbereitung zu intralaryngealen Operationen.

In der Rhinologie wandte es Stein an:

1) als Anaestheticum bei Operation in der Nasenhöhle;

2) in diagnostischer Beziehung, um die geschwellte Schleimhaut zur Abschwellung zu bringen und so besser untersuchen zu können;

3) in therapeutischer Beziehung beim acuten Schnupfen. LUNIN.

8) **Leonard Dessar** (New-York). **Cocain und seine Anwendung im Larynx, Pharynx und der Nase.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1885. — Auch in der *Deutschen Med. Wochenschr. 1885* erschienen.

Sehr sorgfältige Zusammenstellung der bisherigen Arbeiten und Resultate: für Untersuchungszwecke genügt eine 5proc. Lösung; für Aetzungen im Pharynx und in der Nase, sowie bei Schluckbeschwerden genügt eine 10proc. Lösung, während für Operationen im Larynx eine stärkere Lösung von nicht unter 20 pCt. nöthig ist. Wenn Verf. die von manchen gemachten Anmerkungen, dass man nach Einpinselung von Cocain jetzt am Lebenden operiren könne, wie früher am Phantom (oder, wie Ref. citiren möchte, dass durch das Cocain die Laryngoscopie erst jetzt Gemeingut aller Aerzte geworden sei, und auch der Nichtspecialist so ohne Weiteres Operationen im Larynx vornehmen könne) für überschwänglich und der ersten Begeisterung entsprungen erklärt, so muss Ref. damit völlig übereinstimmen, zumal dafür gesorgt ist, dass namentlich bei der Operation so vieler Kehlkopfpolypen die Bäume nicht in den Himmel wachsen. SCHECH.

9) **Cahn** (Paris, Klinik Gouguenheim). **Ueber das Cocain bei den Affectionen des Larynx nnd besonders bei der Kehlkopfphthise. (De la cocaine dans les affections du larynx et surtout dans la phthisie laryngée.)** *Annales des mal. de l'oreille, du lar. etc. März 1885.*

Die günstige Einwirkung des Cocains gegen die Dysphagie bei Phthise des Kehlkopfs wurde an mehreren Fällen bestätigt gefunden, ebenso die Erleichterung der laryngoscopischen Untersuchung bei Individuen mit Hyperästhesie des Rachens. — Im Uebrigen eine bekannte Thatsache. E. J. MOURE.

10) **Thos F. Rumbold** (St. Louis). **Die Nutzlosigkeit der Inhalationen und Insufflationen für die Behandlung des chronischen Nasencatarrhs. (The worthlessness of Inhalers and Insufflators in the treatment of chronic nasal catarrh.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 7. Febr. 1885.*

Die Ansicht des Autors geht aus dem Titel des Artikels hervor.

LEFFERTS.

11) **John Ward Cousins** (Portsmouth). **Ein neuer Inhalationsapparat mit Bemerkungen über offene antiseptische Inhalationen. (A new inhaler, with remarks on open antiseptic inhalation.)** (Mit Abbildungen). *Brit. Med. Journ. 16. Mai 1885.*

Der Aufsatz ist wenig mehr als eine einfache Reproduction einer von dem Verf. in der Lancet vom 19. Juli 1884 veröffentlichten und im Centralblatt (Jahrgang I, S. 315, No. 7) bereits referirten Arbeit. SEMON.

12) **Carl Gehrmann** (Berlin). **Neue Inhalationsmaske.** *Berliner klin. Wochenschr. 1885. No. 12. S. 186.*

Am Kopf befestigte Maske, welche das Gesicht inclusive Nase luftdicht schliesst. An derselben befindet sich ein Trichter, der dem Mund entspricht und mit Zerstäubungsapparaten in Verbindung gesetzt werden kann. Deutsches Reichspatent No. 29659!!! B. FRAENKEL.

13) **H. Krause. Ein modificirter Polypen-Schlingenschnürer, eine Kehlkopfcurette und ein Nasentamponträger.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 4. 1885.*

Der Polypenschnürer für die Nase hat den Vortheil, dass die Schlinge, nachdem sie in den Lauf zurückgezogen ist, ohne Weiteres wieder vorgeschoben werden kann. Die Kehlkopfpincette empfiehlt sich zur Entfernung von Neubildungen, der Nasentamponträger zur Gottstein'schen Tamponade bei Ozaena. Sämmtliche Instrumente sind von H. Reim in Berlin, Dorotheenstrasse 67 zu beziehen. SCHECH.

14) **Nitzsche. Ein Wattehalter für den Kehlkopf.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 4. 1885.*

Längst bekanntes und verwendetes Instrument, eine Klemmpincette mit Biegung für den Larynx vorstellend. SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **W. B. Jarvis** (New-York). **Catarrhalische Affectionen der Nasenhöhle als eine Ursache von Lungenphthisis. (Catarrhal affections of the nasal cavities as a cause of pulmonary phthisis.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 4. Juni 1885.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Anschauungen von Koch und Anderen, welche auf die Zustände hingewiesen haben, die die Entwickelung des Tuberkelbacillus begünstigen. Er ist der Ansicht, dass catarrhalische Zustände der oberen Luftwege, wie sie z. B. durch Deviation des Septum und andere Veranlassungen zum Nasencatarrh hervorgerufen werden, und auch die Einwirkung des pathologisch veränderten Nasenschleims auf die Larynxschleimhaut solche Bedingungen darstellen. LEFFERTS.

16) **B. J. Records** (Platte City, Mo.). **Salicin gegen chronischen und acuten Nasencatarrh. (Salicin in chronic and acute nasal catarrh.)** *The Kansas City Medical Index. Mai 1885.*

Salicin wurde in Dosen von je 1 Grm. in verschiedenen Zeiträumen gegeben. Des Autors Erfahrung stützt sich auf ungefähr 20 Fälle. Er stellt jedoch in Ab-

rede, ein Specialist zu sein. Am Schluss seines Artikels fragt er sich: „Wie heilt Salicin diese Krankheit?“ und antwortet: „Ich weiss es nicht“.

LEFFERTS.

17) **J. C. Mulhall** (St. Louis). **Atrophischer Nasencatarrh. (Atrophic nasal catarrh.)** *St. Louis Courier of Medicine. Juni 1885.*

In einem interessanten Artikel entwickelt der Autor mit einer gewissen Breite die Gründe, aus denen er glaubt, dass der atrophische Nasencatarrh nicht ein Folgezustand des hypertrophischen Stadiums sei: 1) In der grossen Mehrheit der Fälle von hypertrophischem Nasencatarrh folgt keine Atrophie nach. 2) Bis jetzt habe er noch keinen Bericht über einen Fall gelesen, wo derselbe Beobachter bei demselben Individuum deutliche Symptome beider Stadien beschrieben hätte. 3) Der atrophische Nasencatarrh datirt in der überwiegenden Mehrheit der Fälle (nach des Autors Erfahrung in allen Fällen) seinen Beginn in die Kindheit zurück, während die Majorität der hypertrophischen Formen nach der Kindheit entsteht. 4) Der atrophische Catarrh ist häufiger bei Frauen, der hypertrophische bei Männern.

Die Krankheit ist unheilbar. Die locale Behandlung besteht nur in Reinhaltung der Nase.

LEFFERTS.

18) **J. A Stucky** (Lexington, Ky.). **Pruritischer Catarrh oder Heufieber und dessen Behandlung. (Pruritic catarrh or Hay-fever. Its treatment.)** *St. Louis Med. and Surgical Journal. Juni 1885.*

Die Abhandlung, bringt im Eingange ausgedehnte Citate aus den Werken von Rumbold und J. N. Mackenzie betreffs der Aetiologie. Während des Paroxysmus empfiehlt St. palliativ einen Spray von Acid. carb., Ol. Eucalypt., Acid. boric., Vaselin und Glycerin. Die Radicalbehandlung besteht in Entfernung der hypertrophischen Gewebe in den Nasenwegen entweder mittelst der „Jarvis'schen Schlinge“ oder Chromsäure. Der Autor empfiehlt auch daneben den Gebrauch des Cocain (4 pCt.).

LEFFERTS.

19) **Lublinski** (Berlin). **Das sogenannte Eczem des Naseneinganges.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. Heft 51. 1885.*

Oben benannte Erkrankung zerfällt in zwei sehr verschiedene Processe, nämlich in die Sykosis und das eigentliche Eczem. Die erstere kommt besonders bei Männern vor und stellt eine Entzündung mit consecutiver Vereiterung der Haarbälge vor; doch wird sie auch bei Frauen und Kindern beobachtet, zumal wenn dieselben die Haare des Naseneinganges auszurupfen pflegen.

Das Eczem entsteht häufig bei acuten und chronischen Nasencatarrhen oder auf scrophulöser Grundlage neben Eczem an anderen Körperstellen. Die Therapie hat stets vor allem auf die Entfernung der Krusten und Borken gerichtet zu sein; dazu dienen Wattebäusche, die mit Vaselin oder Ung. len. bestrichen und mehrere Stunden in der Nase getragen werden, besonders auch in der Nacht. Aufgelockerte Haare sind zu epiliren; sodann wird eine Salbe aus Hydrarg. praecip. alb., Magist. Bism. ana 1,0 zu Vaselin 10,0, dick auf Wattebäusche aufgestrichen angewandt; bei wahrem Eczem soll jede reizende Medication des Naseninnern vermieden und eine Salbe aus Magist. Bism., Flor. Zinci ana 1,5 zu 10,0 Vaselin eingelegt werden.

SCHECH.

20) **Kiesselbach** (Erlangen). **Eczema introitus narium.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 2. 1885.*

Die in Rede stehende Affection kann bedingt sein durch Uebergreifen der Erkrankung von der äusseren Haut und durch acute und chronische Nasencatarrhe.

Im Verlaufe des acuten Schnupfens bilden sich unter entzündlicher Röthung und Schwellung Bläschen, welche entweder sogleich platzen oder erst später und dann zu Excoriationen, Rhagaden, Pusteln und Borken sich umwandeln. Am schwersten heilt das chronische Eczem der Innenwand der Nase am Uebergang zum Boden der Nasenhöhle und der inneren Wand der Nasenspitze. Röthung und Schwellung der Nasenspitze, recidivirende Gesichtserysipele sind die häufigen Folgen solcher Eczeme. Bei der acuten Form soll man sich jeglicher Therapie enthalten, bei der chronischen empfiehlt Verf. Einreibungen mit Ung. diachyl. Hebrae oder Ung. hydrarg. praecip. albi mit Fett. Die Application dieser Stoffe findet am besten mit einem abgeschmolzenen Glasstabe statt. SCHECH.

21) **W. Moldenhauer** (Leipzig). **Das sogenannte Eczem des Naseneinganges.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 3. 1885.*

Verf. meint, dass am Naseneingange zwei sehr verschiedene Processe vorkämen, die äusserlich einander sehr ähnlich seien, nämlich das Eczem und die Sycosis. Bei kleinen Kindern mit sonstigen Zeichen der Scrophulose handle es sich bei Krustenbildung im Naseneingange meistens um Eczem, sicher dann, wenn auch die äusseren Partien der Nasenspitze und Nasenflügel mitergriffen seien; bei Erwachsenen hingegen müsse meistens Sycosis als Ursache der Verkrustung angesehen werden. Diese letztere verursacht nicht nur Schmerzen beim Schneuzen, sondern auch Verstopfung des Naseneinganges; sie stellt eine Folliculitis dar, bei der es zunächst zu Entzündungsknoten um die Haarbälge kommt, später zu Eiterbläschen, nach deren Entleerung Krustenbildung eintritt; nach Ablösung der Borken sieht man deutlich, dass jedes Bläschen von einem Haarschaft durchbohrt ist; allmälig kommt es in der Umgebung zu höckriger Verdickung der Cutis. Zur Heilung des Uebels schneidet Verf. zunächst alle Haare möglichst kurz ab und erweicht die Krusten durch Nasenbäder; die Knötchen und Pusteln werden dann eröffnet und einzelne Haare mit der Cilienpincette epilirt; bei diffuser Infiltration empfiehlt er die Stichelung, die nöthigenfalls wiederholt wird. SCHECH.

22) **E. Baumgarten** (Budapest). **Eczema introitus narium.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 3. 1885.*

Nicht alle Fälle können nach der Kiesselbach'schen Methode mit Ung. hydrarg. praecip. alb. geheilt werden, besonders nicht jene, welche bei Männern in Folge von Rhinit. chron. entstehen. Verf. epilirt deshalb an den entzündeten Stellen alle Vibrissae, was meist schmerzhaft und mit Jucken in der Nase, Niessreiz und Thränenträufeln verbunden ist. Nach der Epilation wird ein mit Ung. hydrarg. praecip. alb. oder flav. imprägnirtes Wattekügelchen an den entzündeten Stellen verrieben und über Nacht in die Nasenecken eingelegt; die sich meist bildenden kleinen Abscesse müssen eröffnet werden. Verf. legt grosses Gewicht

auf die Massage der erkrankten Theile, da nicht nur das Medicament in die tiefen Rhagaden besser eindringt, sondern auch die Schwellung und Röthung abnimmt; das Betupfen mit stärkerer Lapislösung ist nur bei sehr tiefen und hartnäckigen Rhagaden angezeigt. Bilden sich keine Borken oder Schuppen mehr, dann lasse man die Vibrissae wiederwachsen. Bei den scrophulösen Formen des Eczems empfiehlt Verf. neben dem innerlichen Gebrauch die Ausspülung der Nase mit verdünnter Haller Jodwasserlösung. SCHECH.

23) **J. W. Stowers** (London). **Die Behandlung vasculärer Hypertrophie der Nase. (The treatment of vascular hypertrophy of the nose.)** *Brit. Med. Journal. 10. Januar 1885.*

Der Verf. empfiehlt in Fällen acuter Acne rosacea, einfacher passiver Congestion mit Verdickung und fibrocellulärer Hypertrophie der Nase, multiple punktförmige Scarification mittelst eines speciell construirten Schröpfinstruments. In jeder Sitzung sollen 500—3000 punktförmige Scarificationen vorgenommen und die Sitzungen in Zwischenräumen wiederholt werden. In einem der Fälle wurden 52,200 Punktirungen gemacht. Die Resultate waren dauernd und befriedigend. SEMON.

24) **Bodier** (Besançon). **Tamponade der Nasenhöhle mit einigen in Terpenthinöl getränkten Bäuschchen. (Tamponnement des fosses nasales avec quelques boulettes imbibées d'essence de térébenthine.)** *Journ. de Méd. et de Chir. Tome LVI. No. 5. Mai 1885.*

B. hat von diesem Verfahren nur gute Erfolge gesehen. Auch gegen die Zahnfleischblutungen der Scorbutiker leistete ihm in Terpenthinöl getränkte Watte gute Dienste. E. J. MOURE.

25) **Magnus. Die Nasendouche etc.** Königsberg. Hartung. 2. Auflage 1885.

Die Schrift war dem Ref. leider nicht zugänglich. SCHECH.

26) **Higgens** (London). **Distension des Sinus frontalis, behandelt mittelst Incision und Drainage. Heilung. (Distension of frontal sinus treated by incision and drainage; cure.)** *Lancet. 9. Mai 1885.*

Der Titel deckt den Inhalt der Mittheilung fast völlig. Hinzuzufügen ist nur, dass die Schwellung des Sinus sich nach einer Verletzung (Schlag auf die Nase) 7—8 Jahre, ehe die Pat. unter Beobachtung kam, entwickelt hatte, dass die Flüssigkeit, welche durch die Incision entleert wurde, nicht eitriger Natur war, und dass auch eine grössere Communicationsöffnung zwischen dem Sinus und dem Meatus superior der betreffenden Nasenhälfte angelegt wurde, durch welche das in ersteren eingeführte Drainrohr so weit vorgeschoben wurde, dass sein unteres Ende aus dem Nasenloch hervorragte. In vier Monaten erfolgte Heilung mit wenig entstellender Narbe. SEMON.

27) **J. L. W. Thudichum** (London). **Entzündung, Abscess und Neubildungen in den Siebbeinzellen. (Inflammation, Abscess and new growths of the ethmoid cells.)** *Med. Press and Circular. 7. Januar 1885.*

Th. beschrieb in einer Sitzung der West London Med. Chir. Society am

5. December 1884 eine acute und chronische, sowie eine einfache und eine dyscrasische Form von Entzündung der Siebbeinzellen. Specifische Erkrankung führe zur chronischen Form mit acuten Exacerbationen. In solchen Fällen seien die Symptome sehr charakteristisch und gaben die Data, nach welchen man leichtere Fälle diagnosticiren könnte.

Schmerz zwischen den Augen, Verlust des Geruchs, Rhinorrhoë, Schwellung der Glabella, Schwellung und Verfärbung der Augenlider machten sich an einer oder beiden Seiten bemerkbar. Hypertrophie der Siebbeinzellen (?) führe zu Obstruction des oberen Nasengangs. In solchen Fällen hatte der Vortragende die hypertrophischen Theile beiderseits erfolgreich mittelst des Galvanocauters entfernt (?). In anderen Fällen hatte er die mittlere Muschel an einer Seite entfernt und hierdurch Ozaena geheilt (?). — Sodann beschrieb der Vortragende mehrere schwere Fälle von Abscess der Siebbeinhöhlen; solche Abscesse öffneten sich entweder in die Nase oder am oberen Augenlide, oder unterhalb des Canthus internus des Auges, ohne den Thränenapparat in Mitleidenschaft zu ziehen. — Hierauf schilderte er von den Ethmoidzellen ausgehende myxomatöse und krebsige Neubildungen, und die Art und Weise, in welcher solche in mehreren Fällen zu einseitiger oder doppelseitiger Erblindung geführt hätten. Endlich beschrieb er einen neuen Apparat zur Ausspülung der Nase in Fällen, in denen das Septum perforirt oder zerstört und in denen daher die von ihm ursprünglich angegebene nur einen Strom liefernde Nasendouche nicht anwendbar sei.

Vorstehendes ist eine wörtliche Uebersetzung des im „Medical Press and Circular“ gegebenen Referats. Es muss dahin gestellt bleiben, ob der Vortragende die ihm in den Mund gelegten, theilweise recht eigenthümlichen Angaben wirklich gemacht hat, oder ob die Darstellung des Berichterstatters in dem genannten Journal eine incorrecte ist. SEMON.

28) **F. Cornwall. Krankheiten der Highmore's Höhle. (Diseases of the antrum of Highmore.)** *California med. Journ. Jan. 1885.*

Ein ausführlicher Bericht über zwei Fälle zur Stütze der Ansicht des Verf.'s, wonach — im Gegensatz zu den Autoritäten auf diesem Gebiete — die Abscesse des Antrum sehr häufig und deren Symptome sehr dunkel seien. LEFFERTS.

29) **Morton Smale** (London). **Chronische Suppuration im Antrum. (Chronic suppuration in the antrum.)** *Brit. Med. Journal. 18. April 1885.*

Der Autor empfiehlt, in Fällen von Eiteransammlung im Antrum, die Höhle von einem Alveolus aus ausgiebig zu öffnen, nach Ausfliessen des Eiters mit einer 10proc. Carbolsäurelösung auszuspritzen und sie dann mit in 25proc. Carbolsäurelösung getauchter Watte zu tamponiren. Die Communicationsöffnung mit der Mundhöhle ist temporär zu verschliessen (mittelst eigens construirter Lappen oder in schnell erstarrende Harzlösung eingetauchter Wattetampons). Nach 24 Stunden wird die Watte entfernt, die Höhle wieder ausgespritzt und ein neuer Tampon eingelegt. Diese Procedur wird so oft wiederholt, bis aller Foetor verschwunden ist. Die guten und schnellen Erfolge dieser Behandlung werden durch ausführlichere Mitttheilung eines einzelnen Falles illustrirt, doch hat der Autor seinen Angaben zufolge, in allen Fällen gute Erfolge erzielt. SEMON.

30) **P. Koch** (Luxemburg). **Zum Studium der fibrösen Polypen des Oberkiefersinus. (Contribution à l'étude des polypes fibreux du sinus maxillaire supérieur.)** *Annal. des mal. de l'or., du lar. etc. No. 1. März 1885.*

Bei einer 21jährigen Frau war vor 8 Jahren über dem linken Eckzahn ein kleiner Wulst aufgetreten, der 2 Jahre später mit der gekrümmten Scheere abgetragen worden war. Bald darauf begann die Geschwulst von Neuem zu wuchern und nahm immer grössere Dimensionen an. Die linke Wange wurde hervorgebauscht, die Nasenscheidewand nach rechts verdrängt, das linke Auge trat etwas nach aussen vor. Es wurde die Diagnose auf fibrösen Polyp der Highmorshöhle gestellt. Bei der Operation wurde der Hautschnitt nach Nelaton gemacht und die vordere Sinuswand blossgelegt. Sie erwies sich als papierdünn und in ihrem unteren Theile durchbohrt. Sie wurde resecirt und der eigrosse Tumor sammt der gleichfalls usurirten hinteren Sinuswand, an welcher er adhärirte, entfernt. Die übrigen Ansatzstellen wurden mit dem Thermocauter geätzt. Der Hautschnitt heilte per primam intentionem, der Eiter floss aus der gesetzten Knochenlücke über dem Eckzahn. Bis jetzt, 4 Jahre nach der Operation, keine Recidive. Da die Processus zygomaticus, frontalis und palatinus erhalten werden konnten, blieb keine Entstellung des Gesichts zurück. — Der Fall bestätigt, sagt K., die Anschauung Nelaton's, dass fibröse Polypen der Nase nicht primärer Natur sind, sondern immer aus den benachbarten Sinus stammen. E. J. MOURE.

31) **L. H. Robbins. Carcinom im Antrum Highmori. (Carcinoma in the antrum.)** *Proc. Nebrasca State Med. Soc.-Lincoln, S. 226. 1884.*

Pat. war 34 Jahre alt. Das Neoplasma zeigte sich zuerst vor 4 Jahren als eine kleine Verdickung auf der linken Wange. Als es wuchs, wurde auch die Nase zerstört. Hierauf drang der Tumor in die Fauces ein und gewann so grosse Ausdehnung, dass das Schlucken erschwert, die Respiration, die Sprache und das Kauen behindert wurden. Es wurden verschiedene Operationen vorgenommen, jedoch trat der Tod an Erschöpfung ein. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

32) **Geo. W. Major** (Montreal). **Klinische Bemerkungen über „das Verschlucken der Zunge". (Clinical notes on „Swallowing of the tongue".)** *Canada Medical and Surgical Journal. Mai 1885.*

Es handelt sich um eine Frau von 30 Jahren, welche in Folge von hereditärer Syphilis eine Zerstörung des Velum erlitten hatte und überdies einen geräumigen Pharynx besass. Das in Rede stehende Phänomen konnte mit Hülfe des Kehlkopfspiegels beobachtet werden und bestand darin, dass nicht ein Rand der Zunge verschluckt wurde, sondern dass die Basis derselben einfach gegen die Epiglottis anstiess und so gegen die hintere Pharynxwand drückte, dass die Respiration bisweilen aufgehoben war. LEFFERTS.

33) **Moloney** (Victoria, Australien.) **Eine wirksame Behandlung syphilitischer Halsaffectionen. (An effective treatment for specific sore throat.)** *Australian Medical Journal. 15. Februar 1885.*

In einem vor der Medical Society of Victoria am 4. Februar 1885 gehaltenen

Vortrage über die Behandlung secundärer syphilitischer Mund-Rachenaffectionen empfahl M. folgendes Mittel: Rep. Hydrargyri jodati 0,03—0,06, Mucilag. Acac. 4,0, Aq. dest. ad 15,0. Diese Mischung, wohl durchgeschüttelt, ist eine Viertelstunde nach jeder Mahlzeit innerlich zu nehmen, und bevor sie verschluckt wird, mit allen Theilen der Mundhöhle in Contact zu bringen. Nach dem Einnehmen darf mindestens eine Stunde lang nichts genossen werden. Schon nach 48 Stunden soll sich günstige Wirkung zeigen, nach 2 bis spätestens 3 Wochen Heilung erzielt sein. Für Reinhaltung des Mundes muss Sorge getragen werden; stellt sich Kolik und Durchfall ein, so ist die Dosis zu verringern, resp. etwas Opium zuzusetzen. Die Lösung soll stets frisch bereitet werden.

In der Discussion äusserte Dr. Stirling, dass er den Gebrauch des Quecksilberjodürs wegen der schnell erzeugten, schweren Salivation aufgegeben habe. Die weitere Mittheilung des Redners, dass er in der Klinik des Referenten im Londoner St. Thomas-Hospital denselben den Galvanocauter besonders bei tiefen specifischen Geschwüren mit gutem Erfolge habe in Anwendung ziehen sehen, muss wohl auf einem Irrthum oder einer Verwechselung beruhen. Der Ref. hat sich, soweit er sich erinnert, niemals der Galvanocaustik bei activen syphilitischen Geschwüren bedient und nur im Vortrage erwähnt, dass dieselbe für Fälle dieser Art von anderer Seite empfohlen worden sei. SEMON.

34) **R. A. Stirling** (Melbourne). **Localbehandlung syphilitischer Mundaffectionen. (The local treatment of syphilitic affections of the mouth.)** *Australian Med. Journal. 15. April 1885.*

Der Verf. lenkt, unter Beibringung einschlägiger Fälle, die Aufmerksamkeit auf die Gefahr syphilitischer Infection durch Küsse. Er ist ein Freund der Localbehandlung bei secundärer Syphilis der Mundschleimhaut und empfiehlt in erster Linie Argentum nitricum in Substanz, bei hartnäckigen Fällen secundärer und auch tertiärer Syphilis aber Chromsäure (0.5:30,0). Als ein ferneres, besonders bei reizbaren, phagedänischen Geschwüren, werthvolles Mittel bezeichnet er Borsäure und Glycerinum Boracis, und endlich gedenkt er rühmend des Thermocauters und Galvanocauters, leicht angedrückt, bei Condylomen und tiefer syphilitischer Ulceration der Tonsillen. Die kleine Arbeit schliesst mit einer Illustration der wunderbar schnellen Wirkung der Chromsäure, auf die des Verf.'s Aufmerksamkeit durch Butlin's Artikel über den Gebrauch der Chromsäure bei gewissen Affectionen der Zunge gelenkt worden war. SEMON.

35) **Féréol** (Paris). **Perforation des harten Gaumens. (Perforation de la voûte palatine.)** *Soc. méd. des hôpit. de Paris. 12 Juni* und *10. Juli 1885.*

F. stellte eine 26jährige Frau vor mit Perforation an der Uebergangsstelle des harten auf den weichen Gaumen und bemerkt, dass er, da aus der Anamnese jeder Anhaltspunkt für congenitale noch für erworbene Syphilis fehle, den Process als einen tuberculösen auffasse. — Nichtsdestoweniger wurde versuchweise eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet und sie ergab eine rasche Besserung, die in der folgenden Sitzung constatirt werden konnte. E. J. MOURE.

36) **Mitchell Bruce** (London). **Fall von Syphilis hereditaria tarda des Halses: Behandlung mit Quecksilber und Ernährung per rectum; Heilung; Bemerkungen. (Case of late congenital syphilis of the throat; treatment with mercury and rectal alimentation; cure; remarks.)** *Lancet. 4 April 1885.*

Grosses syphilitisches Geschwür an der hinteren Rachenwand eines 13jähr. Knaben; ausgedehnte Zerstörung der Uvula und des weichen Gaumens; starke Dysphagie. Quecksilbereinreibungen. Applicationen schwacher Höllensteinlösung im Halse. Ernährende Clystiere. Schnelle Heilung. Bemerkungen über die Schwierigkeit der Diagnose (? Ref.) und über die Nothwendigkeit, während Mercurialgebrauchs die Ernährung aufrecht zu halten. SEMON.

37) **W. Lublinski** (Berlin). **Tuberculose des Pharynx etc.** *Deutsche Medicinische Wochenschr. No. 9. S. 134. 1885.*

Krankenvorstellung mit Bemerkungen über Aetiologie, Complicationen etc. Es ist der 19. Fall von Pharynxtuberculose den L. beobachtet. B. FRAENKEL.

38) *Σ.* **Tonsillitis in Bezug auf fieberhafte Anfälle während des kindlichen Alters. (Tonsillitis in relation to febrile attacks in childhood.)** *Med. Times. 10. Januar 1885.*

Der Zweck des „clinical paper“ ist, darauf hinzuweisen, dass obscure Fieberanfälle von Kindern häufig in einer übrigens latent verlaufenden Rachenerkrankung ihre Ursache haben, und darauf zu dringen, dass in Fällen dieser Art besonders die Tonsillen einer Inspection unterzogen werden. SEMON.

39) **Ch. T. Griffiths** (London). **Die Association von Tonsillitis und folliculärer Pharyngitis mit der rheumatischen Diathese. (The association of tonsillitis and follicular pharyngitis with the rheumatic diathesis.)** *Brit. Med. Journal. 13. Juni 1885.*

Wilde, auch nicht durch den Schatten einer Thatsache gestützte und dem Ref. theilweise ganz unverständliche Theorien, zu deren Wiedergabe uns der Raum mangelt. SEMON.

40) **Frank Warner. Vergrösserung der Tonsillen; ihre Ursache, Verlauf und Behandlung. (Enlarged tonsils; their cause, course and treatment.)** *Virginia Medical Monthly. Febr. 1885.*

Die Abhandlung enthält nichts Neues und ist offenbar mehr der Ausdruck des fleissigen Studiums des Verf.'s, als seiner practischen Erfahrung.
LEFFERTS.

41) **„B.“ Tonsillitis und Tonsillotomie. (Tonsillitis and Tonsillotomy.)** *Med. Times. 28. Februar 1885.*

In einem Briefe an den Redacteur der „Med. Times u. Gazette“ vertheidigt „B.“ (vgl. Referate 17 u. 18 der No. III. des Centralblatts, Jahrgang I.) seine Thesen gegen die von dem Ref. in seinem Jahresbericht über das Halsdepartement des St. Thomas-Hospitals (vgl. Referat 4 der No. IX., Jahrgang I.) ihm gemachten Einwürfe. Neue Argumente werden nicht beigebracht, ausser, dass der Verf. mittheilt, er habe seit der Publication seines ersten Artikels seine

Patienten von Chirurgen von anerkanntem Ruf tonsillotomiren lassen. Die Resultate seien aber nicht befriedigend gewesen. SEMON.

42) **Saint-Germain** (Paris). **Ueber die Amygdalotomie. (De l'amygdalotomie.)** *La semaine méd. No. 29. 15. Juli 1885.*

Der Vortrag enthält im wesentlichen das schon im Vorjahre von St.-G. über diesen Gegenstand Gesagte (s. S. 17 des I. Jahrg. des intern. Centralbl.).

E. J. MOURE.

43) **N. Kampf. Petrificirte Tonsille. (Obiswestwlennaja mindalina.)** *Wratsch. No. 12. 1884.*

Bei einer Pat., die seit 7 Jahren hin und wieder an Halsschmerzen litt, gelang es Verf. ganz leicht aus dem Halse einen Stein zu entfernen, der die Stelle der linken Mandel einnahm und sich als verkalkte Tonsille herausstellte. Der grösste Durchmesser derselben betrug $4^1/_2$ Ctm. Die dem Isthmus fauc. zugekehrte Fläche war durch die vorbei passirenden Speisen wie geschliffen, während die anderen Seiten ein mehr höckeriges Aussehen zeigten. LUNIN.

44) **W. Macfie Campbell** (Liverpool). **Epitheliom der Tonsille. (Epithelioma of tonsil.)** *Liverpool Med.-Chir. Journ. Jan. 1885.*

Kurzer Bericht über den Fall eines 41jährigen Mannes, der nur zwölf Wochen, nachdem das Leiden sich bemerklich gemacht hatte, cachectisch zu Grunde ging. Pat. litt nur wenig Schmerz, doch war das Wachsthum der Geschwulst äusserst rapid und die Dysphagie in Folge dessen beträchtlich. Bemerkenswerth war ausgedehnte Infiltration der Drüsen (Cervical-, Clavicular-, Axillardrüsen) und enormes Oedem des correspondirenden Arms. SEMON.

45) **J. Totherick** (Wolverhampton). **Scirrhus (?) der Tonsille. (Scirrhus (?) of the tonsil.)** *Brit. Med. Journ. 27. Juni 1885.*

Der lakonische Bericht über die Demonstration vor der Staffordshire Branch der Brit. Med. Assoc. am 28. Mai 1885 lautet wörtlich: „Dr. Totherick zeigte eine 45jährige verheirathete Frau, welche seit 5 Monaten an einer allmälig zunehmenden Anschwellung unter dem linken Ohr gelitten hatte. Sie sah cachectisch aus, war sehr abgemagert und klagte über Dysphagie und Odynphagie. Die linke Tonsille war stark vergrössert und ihre grosse Härte bei tiefem Druck rechtfertigte nach Dr. Totherick's Ansicht die Idee, dass es sich um jene, so äusserst seltene Erkrankung der Tonsille, Scirrhus, handele." SEMON.

46) **F. Donaldson,** junior. **Ein Fall von primärem Epitheliom der Tonsille. (A case of primary epithelioma of the tonsil.)** *N.-Y. Med. Rec. 7. März 1885.*

Eine sorgfältig und eingehend beschriebene Geschichte eines Falles. Einzelne Theile der Geschwulst wurden mit dem Galvanocauter abgetragen. Der Pat. lebt zwar noch, aber die Ulceration greift um sich und die Kräfte des Pat. sinken.

Die im Anhang des Artikels gegebene Bibliographie ist für Nachschlagezwecke sehr werthvoll.

D. findet nach einer sorgfältigen Durchsicht der über diesen Gegenstand vorhandenen Literatur, dass von den 71 bekannt gegebenen Fällen von primärem Carcinom der Tonsille nur neun wirkliche Epitheliome waren.

Pierm[1]) behauptet zwar, fünf solcher Fälle gesehen zu haben, aber zwei davon sind so zweifelhafter Natur, dass wir sie mit gutem Grunde ausscheiden können. Es bleiben demnach neun Fälle übrig, über welche berichtet wird:

Erichsen[2]), Cheever[3]), Lennox Brown[4]), Delavan[5]), Whistler[6]) und Verf. selbst beschrieben je einen Fall; Pierm[7]) drei, also in Summa neun Fälle.

Wenn wir nach diesen Fällen urtheilen würden, so wäre das Epitheliom der Tonsille die seltenste Krebsform derselben. Wir sind jedoch nicht berechtigt, einen derartigen Schluss zu ziehen. Denn unter den 71 Fällen, welche unter dem Collectivbegriff Carcinom aufgeführt sind, mögen oder sind wahrscheinlich auch wahre Epitheliome. Da jedoch eine genaue Beschreibung noch fehlt, so ist es unmöglich, eine vergleichende Statistik aufzustellen. Pierm und Cozzolino[8]) behaupten, dass das Epitheliom der Tonsille ebenso häufig vorkomme wie der Scirrhus und nicht ganz so oft, wie das Sarcom.

Schliesslich liefert D. eine vollständige Liste aller in der medicinischen Literatur vorfindlichen Fälle von Carcinom der Tonsille.

Morell Mackenzie[9]) 7, O. Weber[10]) 7, Lennox Browne[11]) 6, Sibley[12]) 6, Velpeau[13]) 5, Lebert[14]) 3, Whistler[15]) 3, Bryant[16]) 2, Chever[17]) 2, Erichsen[18]) 2, v. Langenbeck[19]) 2, Barker[20]) 2, Pierm[21]) 5, Albert[22]), Burnett[23]), Quintin[24]) (erfolgreich exstirpirt), Coppy[25]),

---

[1]) Epithelioma de l'amygdale. Paris Thèses. 1879.
[2]) Science and Art of Surgery. Vol. II. p. 480. Philadelphia. 1873.
[3]) Boston Med. and Surg. Journal. 1. August 1878.
[4]) Trans. Lond. Path. Soc. p. 407. 1879.
[5]) New-York Med. Journal. 1882.
[6]) Loc. cit.
[7]) Loc. cit.
[8]) Sui tumori maligni delle tonsille. Morgagni. No. 26. Napoli 1884.
[9]) Diseases of the throat. Vol. I. 1881.
[10]) Krankheiten des Gesichts. Billroth's Handbuch. Bd. III. Abth. I. 1866.
[11]) The Throat and its Diseases. 1878.
[12]) Transactions of the Medical and Chirurgical Society. Vol. XXXII. p. 3.
[13]) Liégeois, Dict. des Sc. Med. Vol. IV. Paris.
[14]) Traité des Maladies Cancer. p. 422. Paris. 1851.
[15]) Loc. cit.
[16]) Guy's Hospital Reports. 1863—1869.
[17]) Loc. cit.
[18]) Loc. cit.
[19]) Jahresbericht der gesammten Medicin. 1869.
[20]) Transactions of the Medical and Chirurgical Society. No. 42. p. 111.
[21]) Loc, cit.
[22]) Lehrbuch der Chirurgie. Wien. 1877—1879.
[23]) Tanner's Practice of Medicine. Vol. II. p. 11.
[24]) Quintin, Separat-Abdruck aus: Annales de la Soc. de Médecine de Gand. 1877.
[25]) Loc. cit.

Clutton[1]), Delavan[2]), Cozzolino[3]), Desormeaux[4]), Houel[5]), Froelich[6]) (glücklich operirt), Foulis[7]), Lawrence[8]), Lobstein[9]), Mason Warren[10]) Meissner[11]), Mikulicz[12]), Roux[13]), Vogel[14]) u. Donaldson je einen Fall. In Summa 71.

LEFFERTS.

47) **Berthod** und **Barbier** (Paris). **Epitheliom der Tonsille, des weichen Gaumens und des Zungengrundes. — Vorangehende Unterbindung der Lingualis und der rechten Carotis communis, — Abtragen des krankhaften Gebildes mit der galvanischen Schlinge und mit dem Thermokauter. Darauf folgende linksseitige Hemiplegie. Krebsrecidive. — Tod in Folge plötzlicher Blutung, einen Monat nach der Operation. (Epithélioma de l'amygdale, du voile du palais et de la base de la langue. — Ligatures primitives de la linguale et de la carotide primitive droite. — Ablation de la masse morbide avec l'anse galvanique et le thermo-cautère. Hémiplégie consécutive à gauche. Récidive du cancer. — Mort par hémorrhagie foudroyante un mois après l'opération.)** *Gazette méd. de Paris. 3. Januar 1885.*

Der Titel giebt zugleich das Resumé des auf der Abtheilung Polaillon's beoachteten Falles.

E. J. MOURE.

48) **Chiolini** (Pavia). **Fibroenchondrom der rechten Tonsille etc. (Fibroencondroma della tonsilla dextra invadente il cavo faringes e la coana e proteso nella regione sovrajoidea, esporteto dal cavo orale dal Prof. Bottini.)** *Gazetta degli Ospitali. No. 13. 1885.*

33jährige Frau. Beginn der Erkrankung vor 3 Jahren mit Gehörstörungen rechts und Vergrösserung der rechten Tonsille, später Erschwerung der Deglutition und Respiration. Nach vergeblichen Curen Aufnahme auf Bottini's Klinik.

Isthmus faucium zu $^4/_5$ von rechts nach links von einem Tumor eingenommen, der die Uvula bis an die normale linke Mandel abgedrängt hat und sich nach vorn, hinten und oben ausdehnt. Diagnose: von der rechten Tonsille ausgehendes Fibroenchondrom.

Spaltung des weichen Gaumens, Freilegung des perlmutterähnlich glänzen-

---

[1]) British Medical Journal. March 8. 1884.
[2]) Loc. cit.
[3]) Loc. cit.
[4]) Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. Vol. IX. p. 162. 1869.
[5]) Ibid. Vol. IX. p. 59. 1858.
[6]) Loc. cit.
[7]) British Medical Journal. October 1875.
[8]) Lectures on Surgery. p. 611. 1863.
[9]) Anat. Pathologique. Vol. I. p. 429. 1829.
[10]) Quoted by Froelich. Loc. cit.
[11]) Schmidt's Jahresbericht.
[12]) Deutsche med. Wochenschrift. No. 3.
[13]) Bull. de la Soc. Anat. XXI. 1846.
[14]) Vogel, Chirurgische Wahrnehmungen. Lübeck. 1780.

den Tumors, Ausschälung desselben mit dem Finger unter Beihilfe von Pincetten. Naht des Gaumensegels. Keine Blutung. Durchaus günstiger Verlauf unter antiseptischen Spülungen mit 5proc. Zincum sulfocarbolicum. Respirations- und Deglutitionsbeschwerden gehoben. Gehör und Sprache wieder vollständig hergestellt. Das Mikroskop bestätigt die Diagnose. KURZ.

49) **F. A. Nixon** (Dublin). **Tonsillenstein. (Tonsillar calculus).** *Brit. Med. Journ. 3. Januar 1885.*

N. zeigte der „Academy of Medicine in Ireland" in ihrer Sitzung vom 5. December 1884 einen harten Stein, den er aus einer Mandel eines über Obstruction im Halse klagenden und an doppelseitiger Tonsillarhypertrophie leidenden Herrn mittelst des Fingers enucleirt hatte, nachdem Versuche, denselben mit Instrumenten zu entfernen gescheitert waren. Der grössere Theil des Steines sass hinter dem weichen Gaumen. Beträchtliche Blutung folgte der Operation. In der Discussion betonte Mr. Bennet die Seltenheit solcher Formationen und meinte, dass die Gestalt des Steines darauf hindeute, dass er mit einem zweiten Steine oder einem Knochen articulirt haben müsse. Mr. Corbett war der Ansicht, dass man es mit einem weinsteinähnlichen Gebilde zu thun habe. Der Vortragende schloss sich dieser Ansicht an und bemerkte, dass der Pat., ein starker Raucher, an beträchtlicher Weinsteinbildung an den Zähnen litte. SEMON.

d. Diphtheritis und Croup.

50) **Geo. Emerson** (Wingfield, Kas.). **Diphtherie. (Diphtheria.)** *The Kansas City Medical Index. Juni 1885.*

Der Artikel enthält Citate von Autoritäten und zwei Fälle von Heilungen aus der eigenen Praxis. Verf. scheint sehr unglückliche Erfahrungen gemacht zu haben, denn er sagt: „Ich habe in den letzten 15 Jahren jedes Jahr verschiedene Fälle behandelt. Aber ich habe, mit zwei Ausnahmen, weder in meiner eigenen noch in anderer Praxis ein Kind durchkommen sehen." LEFFERTS.

51) **Cöster** (Biebrich). **Abortivbehandlung der Diphtherie.** *(Berliner klinische Wochenschrift. S. 55. 1885.*

Verf. behandelt Diphtherie mit Calomel (vgl. Centralbl. No. 3. Referat 25). Er fügt seinen früher beschriebenen Fällen 69 neue hinzu, von denen nur einer tödtlich verlief, der nicht rechtzeitig Calomel erhalten hatte. B. FRAENKEL.

52) **J. K. Mac Connell. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *N.-Y. Med. Journ. XLI. 73. 1885.*

Innerlich Chinin; local als Antibactericum und Antisepticum Schwefel und Brandy. Mit diesen wechselt ab Kali chloric., Aconit., Campher, Eisenchlorid in Mixtur. Aeusserlich Jodtinctur. Die Details der Verordnung finden sich in dem Originalartikel. Obige Behandlung (so kurz festgestellt) hat sich in 60 auf einander folgenden Fällen gut bewährt. LEFFERTS.

53) **Simon** (Paris). **Diagnose, Prognose und Therapie der Diphtherie. (Diagnostic pronostic et traitement de la diphtherie.)** *La semaine méd. No. 22. 27. Mai 1885. — No. 25. 17. Juni 1885.*

S. unterscheidet mit Trousseau 3 Formen von Diphtherie: 1) die locale Form, die auf die Rachengebilde beschränkt bleibt, deren Diagnose im Anfange schwierig zu stellen ist und für welche das Bedecktsein des Gaumensegels mit einer Pseudomembran characteristisch ist. 2) Die infectiöse Form, bei der der anfangs locale Process unter heftigen Allgemeinsymptomen rasch um sich greift und Infiltrationen des Zellgewebes und der Lymphdrüsen des Halses herbeiführt. 3) Die toxische Form, bei der die Allgemeinerscheinungen in den Vordergrund treten. Von der infectiösen Diphtherie, meint S., heilt ein Fall unter zehn. Die toxische Form verläuft aber immer tödtlich. Die Albuminurie erschwert nur die Prognose, wenn sie zu reichlich ist und andauert. Das Alter ist für die Prognose von grosser Wichtigkeit. Kinder unter einem Jahre sterben in der Regel, bis zum Alter von 3 Jahren ist wenig Hoffnung vorhanden, von diesem Zeitpunkt aber bessert sich die Prognose mit zunehmendem Alter. Sie steht auch in directem Verhältnisse mit der Nahrungszufuhr während der Dauer der Krankheit. — Bei der Behandlung seien Vesicatoria, Blutentziehungen, Quecksilberpräparate und Opiate zu verbannen. Ein Specificum giebt es nicht, doch ist für die locale Therapie Pinselung mit Citronensäure, Gurgelung und Irrigation mit Borax und Chlorkalilösungen empfehlenswerth. Innerlich verordnet S. Ferrum sesquichloratum 3—6 Tropfen pro dosi und bei Kindern über 6 Jahren ein Präparat aus Cubeben (30 Grm.), Copaivabalsam (60 Grm.) und unterkohlensaurem Eisen (4 Grm.), der er untersalpetersaures Bismuth beimengt. — Die Diphtheriebehandlung nach Delthil (Sättigung der Atmosphäre des Krankenzimmers mit Dämpfen von Terpentinöl und Theer) müsse erst erprobt werden. Bei stenotischen laryngealen Erscheinungen sei selbst in den extremsten Fällen die Tracheotomie zu machen.

Der Vortrag ist reich an practischen Winken und darum empfehlenswerth.

E. J. MOURE.

54) **H. R. Kelley** (Ohio). **Die Behandlung der Diphtherie bei Kindern. (The treatment of diphtheria in Children.)** *Proc. Am. Med. Assn. Philadelph. Med. News. 23. Mai 1885*

Der Autor unterscheidet zwei Haupttypen: die „anämische“ und die „entzündliche“ Diphtherie.

Bei der anämischen Form finden wir einen schwachen, dünnen Puls, mässiges Fieber, ein Gefühl von Mattigkeit, wenig Kopfschmerz, keine oder nur geringe Mandelschwellung; der Hals sieht anämisch aus; die Membranen erscheinen vertieft, ihre Ränder niedriger als die benachbarten Gewebe.

In günstigen Fällen heilen diese Formen in zwei bis drei Wochen. Bei dieser Varietät findet sich häufiger Croup. Tritt sie epidemisch auf, so verursacht sie mehr oder weniger Paralyse. Endet sie tödtlich, so sterben die Patienten gewöhnlich an Herzschwäche.

Bei der entzündlichen Varietät beginnt der Anfall mit Frost, hohem Fieber, Anorexie und vollem und kräftigem Puls. Der Patient klagt über heftige Kopfschmerzen und Ohrenreissen, die Cervicaldrüsen sind vergrössert und schmerz-

haft, Gesicht und Augen sind geschwollen und es bestehen mehr oder weniger Delirien. Der Hals hat ein fast erysipelatöses Aussehen. Die Membran ist hellgelb, ihre Ränder über die Umgebung erhaben. Der Verlauf ist ein rapider. Die Nase ist gewöhnlich betheiligt, und es kann eine bedrohliche Epistaxis eintreten. Croup kommt nicht so oft dabei vor. Der Belag ist in diesen Fällen bisweilen sehr ausgebreitet.

Bei weit über hundert Fällen fand sich Paralyse in 22 Fällen vor, abgesehen von den Schlingmuskeln, welche fast in jedem Falle gelähmt waren. Todesfälle waren nur zwei zu verzeichnen. Die Behandlung ist bei den beiden Formen verschieden. Bei der anämischen von Beginn an Alcohol, wenn nöthig, Chinin; Eisentinctur muss wiederholt in vollen Dosen gegeben werden. Local wendet Verf. entweder als Spray oder als Gargarisma folgende Mischung als am meisten befriedigend an:

℞ Acid. carbol.,
Acid. salicyl. ana 2,0,
Borax 45,0,
Glycer. et Aqu. ana q. s. ad 120,0.
MDS. Alle zwei Stunden alternirend mit einer Kal. chloric.-Lösung (4 Grm.) zu gebrauchen.

Bei der entzündlichen Varietät sind zunächst Sedativa für die Blutcirculation, dann reichlich Alcohol und, wenn nöthig, Chinin zu geben. Local als Spray:

℞ Tinct. ferr. 8,0,
Kal. chloric. 4,0,
Glycer. 60,0,
Aqu. 30,0.
MDS. Zweistündlich anzuwenden. Werden die Membranen übelriechend, so sind einige Tropfen Acid. carb. hinzuzusetzen.

Besondere Aufmerksamkeit ist auf die Diät zu richten. Kinder sollen soviel Milch als möglich trinken; $1^1/_2$ Liter sind nicht zu viel.

Gegen die Paralyse empfiehlt er Strychnin, Chinin, Eisen, Electricität und gute und reichliche Ernährung. LEFFERTS.

55) R. J. Nunn (Savannah, Ga.). **Günstige Resultate einer neuen Behandlung der Diphtherie. (Successful results of a new treatment of diphtheria.)** *Proc. Am. Med. Ass. Philad. Med. News. 23. Mai 1885.*

Der Autor bezieht sich zunächst in seiner Abhandlung auf einen Artikel, welchen er über die Wirksamkeit des Wasserstoffsuperoxyds zur Entfernung diphtheritischer Auflagerungen geschrieben, und berichtet dann über einen Fall, wo siebzehn Tage nach der Entfernung der Membranen mittelst dieses Medicaments der Tod eingetreten war. Hierdurch gewann er die Ueberzeugung, dass die antiseptische Behandlung zur erfolgreichen Zerstörung des diphtheritischen Giftes nothwendig war. Um die Behandlung zusammenzufassen, so haben wir zuerst das Wasserstoffsuperoxyd häufig als Spray oder als Pinselung anzuwenden. Dann werden die Theile gereinigt und Papayotin aufgeblasen, wenn es nöthig erscheint.

Drittens endlich ist Sublimat zu geben. Es darf nur in sehr kleinen Dosen verabfolgt werden und wird dann lange Zeit vertragen, ohne den Patienten zu schädigen. Stimulantien und die Nahrung müssen reichlich gegeben werden.

LEFFERTS.

56) **Jules Simon** (Paris). **Einiges über Diagnose und Behandlung der Diphtherie; ferrum sesquichloratum. (Sur quelques points du diagnostic et du traitement de la diphthérie; perchlorure de fer.)** *Journ. de Méd. et de Chir. No. 1. Januar 1885.*

Nach einigen differentialdiagnostischen Bemerkungen der Diphtherie wird in Kürze deren Therapie besprochen: Pinselungen des Rachens mit Citronensaft, Mundwaschungen mit antiseptischen Flüssigkeiten, Räucherungen mit Theer, Inhalationen mit Carbolsäure und innerlich anstatt des üblichen chlorsauren Kali wendet S. Ferrum sesquichlor. an, von welchem er pro die 20 Tropfen, auf 4 oder mehr Dosen vertheilt, verabreicht.

E. J. MOURE.

57) **J. L. Gardner** (Volimtown, Conn.). **Die hintere Nasendouche bei Diphtherie. (The post-nasal syringe in diphtheria.)** *The Weekly Med. Review. 30. Mai 1885.*

Verf. empfiehlt die allgemeinere Anwendung von antiseptischen Irrigationen auf diesem Wege.

LEFFERTS.

58) **J. E. Waxham** (Chicago). **Therapie des Croup. (Treatment of croup.)** *Chicago Medical Journal and Examiner. Juni 1885.*

Der Autor stellt folgende Thesen auf: 1) Eine Pancreatinsolution mit Natr. bicarb. und Glycerin ist das schnellste und befriedigendste Lösungsmittel. 2) Kalkwasser in Form eines Spray ist ein schnelles Lösungsmittel für Pseudomembranen, wirkt jedoch nicht so schnell, wie die Pancreatinlösung. Die Dämpfe des Kalks allein sind jedoch, wie eifrig man sie auch appliciren mag, vollständig zwecklos als Lösungsmittel. 3) Milchsäure ist kein befriedigendes Lösungsmittel. Als Anhang bringt der Autor einen Bericht über seine Anwendungsweise der O'Dwyer-schen Instrumente zur Catheterisation des Larynx und recapitulirt die Vortheile dieser Operation.

LEFFERTS.

59) **G. Kresz** (Budapest). **Beiträge zur Behandlung des Croup, Pseudocroup und der Diphtheritis.** *Orvosi Hetilap. No. 18. 1885. — Excerpt: Pester med.-chir. Presse. No. 23. 1885.*

K. lobt den „Croupkessel“ als Inhalations- und Luftbefeuchtungsapparat bei obigen Leiden. Er wandte ihn 16 Mal an und stets mit gutem Erfolge. Es folgen 6 Fälle.

CHIARI.

60) **Renou** (Saumur). **Croup. Antiseptische Methode. (Croup. Méthode antiseptique.)** *Gaz. des hôpit. No. 48. 25. April 1885.*

R. berichtet von Neuem über 2 unter seiner antiseptischen Behandlung günstig verlaufene Fälle von Croup. Der eine Fall wurde von Bernard bei einem Kinde von 31 Monaten beobachtet; der andere von R. selbst bei einem

Kinde von 23 Monaten. In beiden Fällen war die Tracheotomie nöthig geworden. Die Behandlung bestand darin, dass man nahe dem Bette des Patienten Wasser verdampfen liess, in das man alle 2 Stunden einen Esslöffel voll einer alcoholischen Lösung von Carbolsäure (250 Grm.) und Salicylsäure (20—50 Grm.) goss.

E. J. MOURE.

61) **Bouchard. Angina diphtheritica mit Croup, geheilt durch antiseptische Dämpfe ohne Tracheotomie. (Angine diphthéritique avec croup, guérie par les vapeurs antiseptiques sans trachéotomie.)** *Gaz. des hôp. 15. Januar 1885.*

B. benutzte zu den antiseptischen Räucherungen: Carbolsäure und „Vinaigre de Pennès" und erzielte in 9 Tagen vollständige Heilung obigen Falles.

E. J. MOURE.

62) **H. Vigouroux. Angina membranacea, geheilt durch die Räucherungen von Theer und Terpenthin. (Angine couenneuse guérie par la fumigations de goudron et d'essence de térebenthine.)** *Gaz. des hôpit. 20. Januar 1885.*

V. empfiehlt Räucherungen mit Steinkohlentheer (60 Grm.) und Terpenthin (120 Grm.), die im Verein mit einem Collutorium, bestehend aus Terpenthin und Glycerin (ana 15 Grm.), in Anwendung kommen sollen. — Durch diese Behandlung will V. in einigen Tagen eine Kranke mit Angina membranacea geheilt haben. Die Menge der zur Räucherung nothwendigen Substanzen hänge von der Grösse des Krankenzimmers ab. (Siehe auch No. 8, Artikel 48 dieser Zeitschrift.)

E. J. MOURE.

63) **Boccuzzi** (Neapel). **Diphtherie und Terpenthin. (La difteria e l'olio essenziale di trementine.)** *Archivii italiani di laringologia fesc. 4. 1885.*

B. gab in einer Lösung von Ferrum sesquichloratum $^3/_4$ stündlich 2—5 Tropfen Terpenthin; auch Inhalationen. Baldiges Schwinden der Drüsenanschwellungen, rasche Lösung der Membranen. Die Fälle des Verf.'s waren „nicht wenige". Es handelte sich meist um „Scharlachdiphtherie". KURZ.

64) **Aumaître** (Nantes). **Croup. Behandlung mit Carbol- und Terpenthinrauch. Heilung. (Croup. Traitement par les fumigations phéniquées et térébenthinées. Guérison.)** *Gaz. méd. de Nantes. No. 8. 9. Juni 1885.*

A. wendete bei einem an Croup erkrankten 5 Jahre alten Knaben nebst verschiedener innerer Medication auch Räucherungen von Carbolsäure an (Acid. carbol. 5 Grm. auf 100 Grm. Glycerin), von welcher Mischung er von Zeit zu Zeit einen Esslöffel voll auf eine rothglühende Schaufel goss. Später liess er auch noch im Zimmer des Kranken Terpenthin in kochendem Wasser verdampfen.

A. schreibt den günstigen Ausgang seines Falles dieser Behandlungsmethode zu.

E. J. MOURE.

65) **F. E. Waxham. Die Behandlung des Croup und der Catheterismus des Larynx. (The treatment of croup and intubation of the larynx.)** *N.-Y. Med. Journal. 2. Mai 1885.*

In einer ausführlichen Arbeit bespricht Verf. die Schaar der sog. specifischen Mittel, welche in Vorschlag gebracht worden sind. Die Behandlung muss nicht nur in den verschiedenen Fällen eine verschiedene sein; sie muss auch in den

verschiedenen Stadien desselben Falles wechseln. Zur Erfüllung der wichtigsten Indicationen ist Folgendes zu empfehlen:

Um soviel als möglich die Bildung von Pseudomembranen zu verhüten:	Kalte Compressen. Vesicantien. Chinin. Digitalis. Aconit. Veratrum. Emetica. Purgantia.
Zur Lösung und Ausstossung der gebildeten Pseudomembran:	Spray von . . . Pancreatin. Kalkwasser. Liq. kal. carb. Acid. lactic. Acid. phosph. Sublimat. Ferr. lactic. Emetica.

Zur Beschränkung des Larynxkrampfes . . . . . Opium, Bromammonium.
Zur Verhütung von Complicationen . . . . . . Gleichmässige Temperatur.
Zur Erhaltung der Kräfte . . . . Gute Ernährung; Stimulantia.
Bei drohender Suffocation . . . Catheterismus des Larynx; Tracheotomie.

Der Verf. bespricht eingehend die in der Tabelle gegebenen Verordnungen. Die Erfüllung der ersten Indication. nämlich die Verhütung der plastischen Exsudation betreffend. so ist es klar, dass wir, soweit wir im Stande sind die Entzündung einzuschränken, auch mit Erfolg deren Product, das Exsudat, in engen Grenzen halten können. Um der zweiten Indication zu genügen, müssen wir Solventia und Emetica anwenden. Unter Jenen steht in erster Reihe Trypsin, ihm folgt Kalkwasser, Liq. kal. carb. und eine 10proc. Lösung von Acid. lact. oder Acid. phosph. dil. Sie müssen in Form von Spray gebraucht werden und zwar muss dies, wenn man einen Nutzen sehen will, recht oft geschehen, wenigstens jede halbe Stunde. Pseudomembranen lösen sich in dem Kalkwasser der Pharmacopoe in 7—20 Minuten auf. Der Dampf des gelöschten Kalks ist jedoch, in welcher Form man ihn anwenden mag, als Solvens ganz nutzlos. Wenn er Nutzen bringt, so verdanken wir dies der einfachen Feuchtigkeit. Was das Ferr. lactic. betrifft, so wird es nur langsam verdaut. Von fünf, sowohl vor als nach der Tracheotomie, mit Sublimat behandelten Fällen endete nur einer günstig und auch dieser nur deshalb, weil die anderweitige Behandlung von Nutzen war. Alaun allein oder in Verbindung mit Ipecac. bewirkt ebenso wie jedes Emeticum die Ausstossung der Pseudomembran. Opium erfüllt einen doppelten Zweck, indem es den Larynxkrampf bessert und die Schmerzen mildert. — Es werden interessante und genaue Krankheitsgeschichten von Nasendiphtherie, von pseudomembranöser Laryngitis mit Bronchopneumonie complicirt, etc. mitgetheilt und deren Behandlung ausführlich besprochen. Durch Experimente, welche Verf. mit einer ausgeworfenen Membran von Fällen letzterer Art angestellt hatte, kam er zu dem Schluss, dass das schnellste und befriedigendste Lösungsmittel nach folgender Formel dargestellt werden konnte:

Extract. pancreat. (Fairchild's) . 1,5.
Natr. bicarb. . . . . 0,36.
Glycer., Aq. dest. ana . . . . . . 30,0.

Kalkwasser in Form von Spray löst Pseudomembranen schnell auf, jedoch nicht so schnell als das Pancreasextract. Acid. lact. erwies sich als Lösungsmittel ungenügend. — Den Catheterismus des Larynx anlangend, so gebührt Dr. J. O'Dwyer in New-York das grosse Verdienst, diese Behandlungsmethode des Croup geschaffen zu haben. Verf. erläuterte sie durch Manipulationen an dem Kopf eines Leichnams, indem er deren Vortheile gegenüber der Tracheotomie auseinandersetzte. Mit ein wenig Gewandtheit und Uebung ist sie sehr leicht und schnell und ohne Gefahr auszuführen. Sie bewirkt keine Verstümmlung oder Verunstaltung des Patienten. Sie setzt keine Wunde, welche einen Shock oder eine Quelle der Allgemeininfection hervorrufen kann. Der Larynxcatheter wird viel leichter ertragen und erzeugt weniger Reiz, als die Canüle nach der Tracheotomie. Husten und Auswurf erfolgen ebenso gut als leicht. Es ist auch nicht eine so genaue und ununterbrochene Sorgfalt seitens des ärztlichen Beistandes erforderlich, wie bei der Tracheotomiecanüle. Die Luft, welche in die Lungen gelangt, ist erwärmt durch den Contact mit den oberen Luftwegen und erzeugt nicht so leicht Bronchitis oder Pneumonie. Endlich werden die Eltern dem Catheterismus viel weniger Vorwürfe machen. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

66) **R. Virchow** (Berlin). **Demonstration von Lepra laryngis.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 12. S. 189. 1885.*

In der Berl. Med. Ges. demonstrirte V. den Kehlkopf eines $12^1/_2$ Jahre alten Mädchens, die von ausserhalb Lepra mitgebracht hatte und in der Gesellschaft (ibid. pag. 27) von Lehnerdt vorgestellt worden war. Sie war an Pneumonie verstorben. Der ganze obere Abschnitt des Larynx, von den Rändern der Epiglottis bis an die Ligam. vocalia herunter, befindet sich in einem Zustand, der auf den ersten Blick den Eindruck macht, als habe man ein grosses Oedema glottidis vor sich. Die Theile sind alle geschwollen, die Oberfläche ist wulstig, man sieht schon die ersten Spuren der Ulceration: flache, unregelmässige Vertiefungen, welche inmitten der Wucherungen liegen. Der Process setzt sich dann über die Ränder der Epiglottis hinaus noch auf Theile des Pharynx und das Palatum molle fort. B. FRAENKEL.

67) **A. Hodgkinson** (Manchester). **Ankylose des Crico-arytaenoidgelenks. Resultat einer Perichondritis. (Ankylosis of the crico-arytaenoid-articulation, the result of perichondritis.)** *Brit. Med. Journ. 5. Juni 1885.*

Der Pat., ein 46jähriger Reisender, wurde der Manchester Medical Society am 6. Mai von H. demonstrirt. Die Ankylose, welche das rechte Crico-arytaenoidgelenk betrifft und auf keine bestimmte Erkrankung (Syphilis, Bleivergiftung [?] etc.) zurückgeführt werden kann, besteht seit mehreren Jahren. Der Beginn datirt

anscheinend aus dem Jahre 1881. Ueber die Stellung des völlig unbeweglichen rechten, atrophischen Stimmbandes ist nichts definitives in dem Bericht angegeben, und nur gesagt, dass excessive Adduction des linken Stimmbandes bei der Phonation vorhanden ist und vollständig normale Stimme ermöglicht. Der rechte Giessbeckenknorpel ist etwas dicker als der linke und in seiner Form verändert. Für ein Leiden des rechten Recurrens liegt kein Anhaltspunkt vor. Die gegenwärtige Sachlage ist seit zwei Jahren unverändert geblieben. SEMON.

68) **Petel. Ueber Verengerung des Kehlkopfes. (Du rétrécissement du larynx.)** Medic. Gesellschaft in Rouen. Sitzung vom 12. Januar 1885. *Journ. de méd. de Paris. No. 5. 31. Januar 1885.*

P. stellte einen Fall von syphilitischer Verengerung des Kehlkopfes vor, bei dem die Tracheotomie gemacht werden musste. Zur Behebung der Verengerung wurde erst der Catheterismus versucht durch fast 2 Monate, aber ohne Erfolg. Erst die Schroetter'schen Zinnbolzen führten bedeutende Besserung herbei. P. behauptet hierbei, dass die Dilatation des Larynx in Frankreich bisher noch fast gar nicht geübt wurde. E. J. MOURE.

69) **Wolff** (Berlin) **Fall von Thyreotomie wegen Larynxverschluss nach Verletzung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 1. S. 7. 1885.*

Membran, welche unterhalb der Glottis den Kehlkopf vollkommen abschliesst, nach einem Conamen suicidii. Thyreotomie und Spaltung der Membran. Unvollkommene Heilung. Beschreibung einer neuen T-Canüle. B. FRAENKEL.

70) **E. F. Brush. Catheterismus des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *N.-Y. Medical Record. 21. Febr. 1885.*

Ein kurzer historischer Bericht über die Operation des Catheterismus des Larynx, nebst Mittheilung einiger Fälle.

Das specielle Instrument, welches zur Anwendung kam, hatte die Gestalt einer kleinen Stahlsonde nach Van Buren, welche an ihrem Ende ein vergoldetes, ovales Röhrchen trug, dessen grosser Durchmesser $1/4$ Zoll, dessen kleiner $1/8$ Zoll und dessen Länge $1\,1/2$ Zoll betrug, und welches über das obere Ende der Sonde mit Ausnahme der vorderen Curve des Ovals säbelscheidenartig hinübergezogen wurde. In dem freibleibenden Theile befand sich eine kleine Oese mit einem Seidenfaden. Das Instrument wird zwischen den Rändern der Glottis hindurchgeführt und in dieser Position, je nach der Indication, verschieden lange Zeit gelassen. LEFFERTS.

71) **Littlejohn** (Edinburgh). **Selbstmordwunde des Halses.** *Edinburgh. Med. Journ. May 1885.*

Demonstration des Präparats vor der Med.-Chir. Society von Edinburgh am 1. April 1885. Bemerkenswerth war nur der tiefe Sitz der Verletzung: Schildknorpel und Membrana crico-thyreoidea. Der Selbstmörder war ein über sechzigjähriger Mann. SEMON.

72) **E. Jndemini** (Pavia). **Penetrirende Wunde der Luftwege. Gleichzeitige vollständige Entmannung. (Ferita penetrante nelle vie aeree e contemporenea evirazione compléta nel medesimo individue. Guerigione.)** *Gazzetta degli Ospitali. No. 50. 1885.*

Ein Geisteskranker hat sich mit der Scheere Penis und Scrotum an der Wurzel abgeschnitten und hat sich ausserdem verschiedene Wunden am Hals beigebracht von denen eine das Lig. crico-thyreoideum durchtrennt hat, so dass hier bei der Exspiration zwischen den Blutgerinnseln Luft austritt. Zugleich bestand fast vollständige Aphonie. Die Wunden wurden gereinigt und genäht. Die Halswunde war nach 25 Tagen geheilt, die Stimme wiederhergestellt. KURZ.

73) **Schadewaldt** (Berlin). **Fremdkörper in den Luftwegen.** *Deutsche Medicin. Wochenschrift. No. 48. S. 779. 1884.*

Verf. empfiehlt zur Entfernung von Fremdkörpern die „Hakenmethode". Eine geknöpfte Sonde wird unten hakenförmig umgebogen. Nun geht man damit neben dem Fremdkörper vorbei und macht eine Vierteldrehung. Hierdurch wird der Fremdkörper gefasst. Verf. extrahirte so aus dem Larynx eines 6jährigen Kindes einen Metallstern von $1^{1}/_{4}$ Ctm. Durchmesser. Ausser dieser Methode bespricht Verf. zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Larynx das Einführen eines Katheters von der tracheotomischen Wundöffnung aus nach oben und die Schwammmethode. Im Anschluss beschreibt er einen Fall von Erstickung durch eine in die Trachea eingeathmete Bohne, die auch nach der Tracheotomie nicht entfernt werden konnte und zwei Fälle von spontaner Ausstossung von Fremdkörpern aus den Bronchien. Einmal waren es gekaute Nüsse, das andere Mal ein $1^{1}/_{2}$ Ctm. langer Holznagel (Schusterspeile). B. FRAENKEL.

74) **W. S. Ross. Nussschale im Larynx. (Cockle burr in the larynx.)** *Louisville Med. News. 21. Febr. 1885.*

Der Titel des Artikels zeigt seinen Inhalt an. — Es handelte sich um einen Patienten von 13 Jahren. Die Operation war erfolgreich. LEFFERTS.

75) **J. C. Holm** (Christiania). **Einige Beobachtungen von Bronchostenose. (Nogle Jagttagelser af Bronchostenose.)** *Norsk Magazin for Lagevidenskaben. p. 1. 1885.*

Unter 3 Fällen von Aortenaneurysma, die eine Bronchostenose veranlasst hatten, erwähnt der Verf., dass bei einem Patienten das Aneurysma, welches die Aorta ascendens und den Arcus bis zum Abgang der Arteria subclavia umfasste, eine Paralyse des linken N. recurrens bewirkt hatte. Der laryngoscopische Befund ist aber so undeutlich beschrieben, dass es unmöglich ist, zu erkennen, ob man eine vollständige Paralyse des Recurrens vor sich hatte, oder ob nur der M. crico-arytaenoideus posticus gelähmt war. SCHMIEGELOW.

76) **Perry** und **Newman** (Glasgow). **Aneurysma der Aorta. Perforation in die Trachea. (Aneurism of the Aorta rupturing into the trachea.)** *Glasgow Med. Journ. Jan. 1885.*

Der Fall wurde am 8. December 1884 vor die Glasgow Pathol. and Clin.

Society gebracht, und die zu ihm gehörigen Präparate demonstrirt. Die Beschreibung der Verhältnisse des Kehlkopfs während des Lebens und nach dem Tode lässt viel zu wünschen übrig, was um so mehr zu bedauern ist, als es sich anscheinend um einen der seltenen Fälle handelte, in welchen Involution eines Vagus doppelseitige Stimmbandlähmung auslöst. Soweit der Referent die Beschreibung entziffern kann, war das linke Stimmband vollkommen gelähmt, rechtsseitig war anscheinend Abductorparese vorhanden. („Die Glottisspalte war hinten selbst bei tiefer Inspiration nie weiter als 3 Mm.“ Laryngealer Stridor). Bei der Obduction wurden der linke Vagus und Recurrens vollständig in die Wand des Aneurysma eingebettet gefunden. Rechts waren beide Nerven frei. Ueber den Zustand der Kehlkopfsmuskeln ist nichts gesagt. SEMON.

77) **Osler** (Philadelphia). **Aortenaneurysma mit Ruptur in die Trachea an zwei Stellen und Perforation des Oesophagus. (Aneurysm of Aorta with rupture into the trachea in two places and perforation of the oesophagus.)** Patholog. Soc. of Philad. — *N.-Y. Med. Journ. 16. Mai 1885.*

Das durch die Section gewonnene Präparat dieses interessanten Falles zeigte ein Aneurysma des Aortenbogens, welches zwischen dem oberen Theile des Sternum und der Wirbelsäule sass, sehr fest, solide war und ungefähr die Grösse einer Orange hatte. Der linke Recurrens ging um den Sack herum, war sehr gedehnt und sah verdünnt aus; der rechte war normal. Die Trachea war ungefähr in der Mitte ihres Laufes sehr eingedrückt und hatte an der linken Seite, wo die beiden Perforationsstellen zu sehen waren, eine deutliche Einbuchtung durch den Druck des Aneurysma. Die obere Perforationsöffnung war ungefähr 6 Ctm. von der Bifurcation entfernt und hatte einen Durchmesser von nur 2—3 Mm.; das Gewebe um dieselbe war verdickt, schwarz und die Schleimhaut etwas fibrös. Die untere Oeffnung war kleiner und sah frischer aus. Keine von beiden Oeffnungen führte direct in den eigentlichen Sack, sondern in eine kleine Tasche, welche zwischen den dichten Fibrinschichten und der verdünnten Trachealwand lag. Bei der Inspection des Oesophagus fand man eine ovale Oeffnung, 7 Ctm. von dem Ringknorpel entfernt. Diese communicirte direct mit dem Sack, war aber zum Theil mit Fibrincoagulis verstopft. LEFFERTS.

78) **Schuman-Leclercq** (Prag). **Ueber einen Fall von selbstständiger syphilitischer Ulceration der Trachea und der Bronchien.** (Aus Prof. Chiari's Institut in Prag.) *Prager med. Wochenschr. No. 4. 1885.*

Es handelte sich um ausgedehnte, theilweise vernarbte luetische Geschwüre in der Trachea und den Bronchien, während alle anderen Theile des Respirationsrohres, wie Nase, Pharynx und Larynx von Syphilis frei waren. Die Luftröhrengeschwüre boten alle makro- und mikroskopischen Kennzeichen der syphilitischen dar. In der Leber fand man viele Gummata. Zum Schlusse folgt eine Uebersicht über die Literatur dieses Gegenstandes. CHIARI.

79) **E. Fletcher Ingals. Bericht über einen Fall von Tracheocele. (Tracheocele, with the history of a case.)** *N.-Y. Med. Record. 4. April 1885.*

Patient, ein Arbeiter von 44 Jahren, litt an chronischer Bronchitis und Em-

physem. Er hat grade vorn an der oberen Partie der Trachea, da wo der Isthmus der Glandula thyreoidea gelegen ist, einen unregelmässigen, halbkugeligen Tumor, ungefähr von der Grösse eines halben Hühnereis. Er fühlte sich fest, aber elastisch an und bewegte sich beim Schluckakt auf und nieder, doch waren seine Bewegungen nicht so stark, wie bei der gewöhnlichen Bronchocele. Druck auf den Tumor verkleinerte ihn nicht wesentlich. Wenn Patient jedoch Mund und Nase schloss und plötzlich exspiratorische Anstrengungen machte, oder hustete, dann bekam der Tumor plötzlich die Grösse einer kleinen Orange und die linke Seite des Halses und die Regio supraclavicul. wölbten sich $1^1/_2$—2 Ctm. hervor. Percutirte man diese Partien oder den Tumor, wenn er so aufgetrieben war, so war ein deutlicher tympanitischer Schall hörbar. Der Larynx war normal und auch an dem begrenzten Theil der Trachea, welchen man sehen konnte, war nichts Besonderes zu entdecken. LEFFERTS.

80) **Rydygier. Ein Fall von Schussverletzung der Luftröhre durch eine Teschingkugel mit letalem Ausgange an ausgebreitetem Hautemphysem trotz vorgenommener Tracheotomie.** *D. Zeitschr. f. Chir. 21. Bd. H. 5. u. 6. 1885.*

Dass die Tracheotomie in diesem Falle nicht lebensrettend war, hing einestheils von der späten Vornahme der Operation ab, wofür aber nur die Angehörigen des Kranken die Schuld trifft, anderntheils von dem Umstande, dass das Geschoss in die hintere Wand der Luftröhre eine kreisrunde Oeffnung geschlagen hatte, durch welche sich auch nach der Einführung der Canüle Luft in dem Unterhautzellgewebe verbreiten konnte. SCHECH.

81) **W. Penhale** (Barnstaple). **Intratracheale Injection. (Intratracheal injection.)** *The Veterinarian. Februar 1885.*

Der Autor hat eine grosse Anzahl von Kälbern, welche in Folge der Gegenwart von Parasiten (Strongylus micrurus und Strong. filaria) in der Luftröhre und den Bronchien an lebensgefährlicher Dyspnoe litten, erfolgreich mit einer Mischung von Ol. Terebinth. 7,5, Acid. carbol. 1,2, Chloroform 1,8 behandelt, welche er mittelst einer Spritze in die Trachea injicirte. Ueble Folgen wurden nie beobachtet. SEMON.

82) **F. Brancaccio** (Neapel). **Ueber Injectionen in die Trachea. (Sulle injezioni tracheali.)** *Archivii ital. di Laringologia. fasc. IV. 1885.*

B. hat Hunden 15—20 Grm. Blut von gewöhnlicher Temperatur mittelst einer Pravatz'schen Spritze in die Trachea injicirt, und zwar sowohl tropfenweise als in continuirlichem Strahl. Die Resultate waren jedesmal: Während der Injection kein Husten, keine Dyspnoë, keine Belästigung der Thiere. Zunahme der Kräfte und der Menge der rothen Blutkörperchen, wenn dem Thier vorher Blut entzogen worden war. Keinerlei Reizerscheinungen von Seiten des Respirationsapparats. Er empfiehlt die Methode zu Versuchen am Menschen. Ref. glaubt, dass dieselbe sich schwerlich Eingang verschaffen dürfte. KURZ.

83) G. Ancona (Livorno). **Aspiration von Fremdkörpern aus dem Kehlkopf und in Fällen von Asphyxie durch Ertrinken. (Aspirazione dei corpi estranei della laringe nei casi di asfissia per annegamento.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola etc. No. 1. 1885.*

Die Arbeit enthält nicht mehr als ihr Titel sagt. Der Autor frägt, ob in solchen Fällen nicht Fremdkörper (falls man nicht mit dem Mund aspiriren will) durch einen von Dr. Manasei angegebenen mechanischen Aspirator (Sonde mit Pumpe) entfernt werden könnten. KURZ.

f. Schilddrüse.

84) C. Andronico (Messina). **Ueber die Basedow'sche Krankheit. (Sul morbo di Basedow.)** *Giorn. internaz. di scienze mediche. p. 816—821. Napoli 1884.*

Verf. hat 2 Fälle beobachtet. In einem war der Exophthalmus wenig ausgesprochen, der Kropf aber in beiden deutlich. Der Verlauf war schleppend. Vortheile wurden von Chinin, Digitalis und kalten Einwicklungen gesehen. Den Ausgang der Erkrankung sucht Verf. nach bekannten Vorgängen im Halssympathicus; er bringt überhaupt nichts neues. KURZ.

85) **Miliotti. Ueber die leichten oder unvollständigen Fälle von Basedow'scher Krankheit. (Sui casi leggeri oo incompleti della malattia di Basedow.)** *Rivista Veneta di scienze mediche. fasc. I. 1884. — fasc. II.* und *IV. 1885.*

Ausführliche Besprechung der Basedow'schen Krankheit an der Hand von 4 leichten, nicht vollständig ausgesprochenen Fällen, deren Krankengeschichten genau erzählt werden. Die Arbeit gipfelt in den schon früher in der Gazetta degli Ospitali (No. 28. 1884) publicirten und hier noch einmal reproducirten Sätzen, deren Mittheilung in extenso der Raum nicht gestattet, und auf deren wesentlichen Inhalt in dem Referat in No. 2. des vorigen Jahrgangs dieses Centralblatts Bezug genommen wurde. KURZ.

86) L. du Cazol (Paris). **Morbus Basedowii mit Zittern und allgemeiner Muskelatrophie. (Goitre exophthalmique avec tremblement et atrophie musculaire généralisée.)** *Gaz hebdom. de méd. et de chir. No 21. 22. Mai 1885.*

Gleichzeitig mit der Trias der Symptome der Basedow'schen Krankheit war bei einer 53jährigen Frau convulsivisches Zittern des ganzen Körpers und Atrophie der Muskeln des Gesichtes, des Stammes und der Extremitäten aufgetreten. Von Zeit zu Zeit stellten sich unter Fiebererscheinungen acute Nachschübe ein mit Kopf- und Rückenschmerzen und Erbrechen. Verfasser glaubt, dass es sich hier um Sclerose der Vorderhörner des Rückenmarkes handle, die sich bis auf die Varolsbrücke erstreckt habe. Nach dem Vorgange von Huchard wendete er Antipyrin in täglichen Dosen von 1 Grm. an und verschaffte damit der Kranken grosse Erleichterung. Namentlich aber bei einem der oben erwähnten Nachschübe brachten 5 Grm. Antipyrin pro die die Kopf- und Rückenschmerzen, sowie Fieber und Erbrechen zum Schwinden. E. J. MOURE.

87) **R. Saundby** (Birmingham). **Morbus Basedowii. (Exophthalmie goitre.)** *Brit. Med. Journal. 31. Januar 1885.*

Das einzig Bemerkenswerthe in den kurzen Notizen des Verfassers über drei Fälle Basedow'scher Krankheit, die kürzlich in seiner Behandlung waren und sämmtlich Frauen im Alter von 27—41 Jahren betrafen, ist die Mittheilung, dass in einem Falle der Exophthalmus hauptsächlich die rechte, die Schilddrüsenschwellung dagegen die linke Seite betraf. SEMON.

88) **Spencer Watson** (London). **Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Brit. Med. Journal. 2. Mai 1885.*

Demonstration eines kleinen Mädchens mit Kropf, Exophthalmus, Verlangsamung des Denkens und Sprechens vor der Medical Society of London am 27. April 1885. Tonica hatten gute Dienste geleistet. Dr. Ord erwähnte, dass er in den frühen Stadien einiger der von ihm beobachteten Myxödemfälle Symptome gesehen habe, welche gewöhnlich den Morbus Basedowii begleiteten. SEMON.

89) **R. Marcus Gunn** (London). **Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Brit. Med. Journal. 18. April 1885.*

Demonstration eines nichts Besonderes bietenden Falles des Leidens vor der Metropolitan Counties Branch der Brit. Med. Association am 19. März 1885. SEMON.

90) **G. W. Mc'Caskey. Eine Struma, vollständig durch innerliche Darreichung von Jod und Jodinjectionen geheilt. (A goitro successfully treated with jodine intervally and by injections.)** *N.-Y. Med. Record. p. 38. 10. Januar 1885.*

Der Tumor mass von einer Seite zur anderen 9,5 Ctm. und 4—7 Ctm. in verticaler Richtung. Er war fibröser, nicht cystischer Natur. Innerlich wurden 6 Tropfen Lugol'scher Lösung dreimal täglich gegeben. Ein- bis zweimal wöchentlich wurden 4—6 Tropfen Jodtinctur injicirt. Der Zeitraum zwischen den Injectionen war von der Dauer der Schwellung abhängig. Ungefähr zwei Mal in jeder Woche wurde der galvanische Strom (12 Elemente) mit der Cathode auf den Tumor 20 bis 30 Minuten lang applicirt. Die Behandlung dauerte drei Monate. LEFFERTS.

91) **R. Virchow** (Berlin). **Kropfpräparate.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 19. S. 307. 1885.*

Demonstration zweier Kropfpräparate in der Berl. med. Ges.: 1) Sarcom der Thyreoidea, welches in die Trachea hineingewachsen. 2) Eigenthümliche Struma, die als Adenom bezeichnet werden kann, aber auch an Struma erinnert, mit den Nierencanälchen ähnlichen Schläuchen. B. FRAENKEL.

92) **C. L. Lang** (New-York). **Acute Entzündung der Schilddrüse. (Acute inflammation of the thyroid gland.)** *Med. Record. Vol. 18. No. 3. p. 65. 1885.*

Eine Zigeunerin, im Alter von 37 Jahren, erkrankte im 8. Monate der Schwangerschaft an Pneumonie. Wenige Tage darauf klagte sie über Schmerzen in einer alten Struma, welche 11 Jahre bestand, ohne ihr irgend welche Unbequemlichkeiten zu verursachen. Die Entzündung ging in Eiterung über; es

bildete sich ein Abscess, welcher sich öffnete, und seit dieser Zeit ging die Besserung schnell vorwärts. Während der der Entleerung vorhergehenden acuten Entzündung hatte die Patientin über Dysphagie und Dyspnoe in der Rückenlage geklagt. Der Abscess entleerte ungefähr 120 Gramm Eiter. LEFFERTS.

93) **C. E. Webster. Maligne Erkrankung der Schilddrüse. (Malignant disease of the thyroid gland.)** *N.-Y. Med. Journ. 28. Febr. 1885.*

Es handelt sich um eine 60jährige Frau, deren Allgemeinbefinden ganz gut war, welche aber ungefähr ein Jahr, bevor sie den Autor consultirte, eine Anschwellung ihres Halses bemerkt hatte. Sie begann in dem einen Lappen der Schilddrüse und ergriff schnell die benachbarten Drüsen und Gewebe des Halses. Als Patientin das erste Mal erschien, war das Schlucken erschwert, die Stimme heiser, die Athmung war jedoch unbehindert. Die Schilddrüse, der Larynx, die Trachea und die Halsdrüsen bildeten eine unregelmässige, teigige Masse. Die Diagnose konnte zwischen tertiärer Syphilis und Carcinom der Thyreoidea schwanken. Sie wurde jedoch dadurch sehr erleichtert, dass man die Geschichte des Wachsthums der Geschwulst von der ursprünglichen Affection der Schilddrüse an verfolgen konnte und durch die Thatsache, dass solche Tumoren, die in späteren Lebensjahren auftreten, fast ausnahmslos maligner Natur sind. Das stetige Fortschreiten des Leidens unter einer nur kurze Zeit fortgesetzten antisyphilitischen Behandlung bestätigte die Diagnose; Patientin starb vor Kurzem an Erschöpfung. Das microscopische Aussehen solcher Neubildungen ist bisweilen eigenthümlich und kaum von dem gutartiger Tumoren dieses Organs zu unterscheiden, so dass es häufig schwierig ist, die Natur des Neoplasma dadurch allein festzustellen.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

94) **Peter** (Paris). **Oesophaguskrämpfe, verursacht durch eine chron. Gastritis. (Spasmes oesophagiens causés par une gastrite chronique.)** *Gaz. des hôpitaux. No. 74. 27. Juni 1885.*

Der Fall betraf einen 29jährigen Alcoholiker, der unmittelbar nach Verschlingen der Nahrung, besonders aber nach Schlucken von Flüssigkeit dieselbe wieder von sich gab. Diese Regurgitation war bedingt durch einen Oesophaguskrampf, der mit einem chronischen Magencatarrh in Zusammenhang stand. — Behandlung des letzteren und wiederholtes Sondiren des Oesophagus erzielten Heilung. E. J. MOURE.

95) **Thrasher. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophagus.)** *Cincinnati Lancet and Clinic. 17. Jan. 1885.*

Ein Knochen $3^1/_2$ Ctm. lang und $^1/_2$ Ctm. im Durchmesser wurde mit dem gewöhnlichen Borstenschirmfänger entfernt. LEFFERTS.

96) **Fred. Page** (Newcastle on Tyne). **Bösartige Oesophagusstrictur, Gastrostomie, Tod 76 Tage nach der Operation. (Malignant stricture of gullel, gastrostomy, death 76 days after operation.)** *Brit. Med. Journ. 16. Mai 7885.*

Der Titel deckt den Inhalt der Mittheilung fast völlig. Der Patient, ein

46jähriger Mann, ging nach Hämorrhagie aus dem carcinomatös erkrankten unteren Oesophagusende an allgemeiner Cachexie zu Grunde. P. räth, den M. rectus abdominis nicht quer, sondern parallel seiner Faserrichtung zu spalten, wodurch der Austritt von Flüssigkeit aus dem Magen fast ganz verhindert werde. SEMON.

97) **Ceccherelli** (Parma). **Die Gastrostomie.** (**La gastrostomia. Storie cliniche e considerazioni.**) *Rivista clinica di Bologna. 903—922. 1884.*

1. Fall. Narbige Oesophagusstrictur im ersten Drittel durch allmäliche Dilatation geheilt.

2. Carcinom des Larynx, Pharynx und Oesophagus. Tracheotomie als vorbereitende Operation vor der geplanten Exstirpation des Neoplasma oder der Oesophagotomia externa. Ehe letztere Ideen zur Realität werden, stirbt Patient.

3. Carcinomatöse Strictur im unteren Drittel des Oesophagus. Ausführung der Gastrostomie. Tod im Collaps.

4. Dasselbe Leiden. Vorübergehende Sondenbehandlung.

5. Dasselbe Leiden. Im Consilium die Gastrostomie angerathen, den Kranken aus den Augen verloren.

6. Dasselbe Leiden. Einführung einer dünnen Sonde zur Ernährung. Tod nach einigen Tagen.

C. verbreitet sich des weiteren (unter Citirung verschiedener Autoren) über Oesophagotomie, Gastrostomie und Loreta's „Divulsion" des Pylorus, des Oesophagus und der Cardia.

Da in den „Storie cliniche" nur ein einziger Fall von Gastrostomie vorkommt, so würde der Titel der Arbeit wohl bescheidener und richtiger lauten: „Ein Fall von Gastrostomie mit tödtlichem Ausgang." KURZ.

98) **Magnien. Oesophagusstrictur (Carcinom), Gastrostomie.** (**Rétrécissement oesophagien (Cancer); gastrostomie.**) *La Loire Méd. No. 6. 15. Juni 1885.*

Der Tod trat 13 Tage nach gemachter Gastrostomie ein. Bei der Obduction zeigte sich, dass die Anlöthung des Magens an die Abdominalwand sich eingestellt hatte, aber im Oesophagus fand man das Neoplasma im Zustande hochgradiger Erweichung. M. schreibt diesem Umstande den plötzlichen Eintritt der allgemeinen Schwäche und der vollständigen Appetitlosigkeit der letzten Lebenstage zu. E. J. MOURE.

99) **Segond. Gastrostomie bei einer Oesophagusstrictur.** (**Gastrostomie dans un rétrécissement d'oesophage.**) Congrès franç. de chir. 10. April 1885. — *Revue Méd. franç. et étrang. No. 9. 19. Mai 1885.*

Die Strictur rührte von einem abgelaufenen Lymphdrüsenabscess her, der in den Oesophagus durchgebrochen war. Bei der Gastrostomie wurde irriger Weise das Colon transversum angeschnitten, doch verlief der Fall gut. Die Kranke hat in den 8 Monaten nach der Operation um das Doppelte an Gewicht zugenommen. E. J. MOURE.

100) **Lagrange** (Bordeaux). **Gastrostomie bei Carcinom des Oesophagus. (Gastrostomie dans le cancer de l'oesophage.)** Congrès franç. de chir. 10. April 1885. *Revue Méd. franç. et étrang. No. 19. 9. Mai 1885.*

13 Tage nach erfolgter Operation starb der Kranke. Bei der Obduction fand man krebsige Pleuritis.

L. hat eine grosse Zahl veröffentlichter Fälle von Gastrostomie bei Krebs des Oesophagus zusammengestellt und die Ueberzeugung gewonnen, dass diese Operation keinerlei Vortheil dem Kranken bietet. Entweder der Oesophagus ist noch durchgängig, dann ist die Gastrostomie überflüssig, oder das Carcinom hat sich derart ausgebreitet, dass es das Lumen der Speiseröhre ganz verlegt, dann stirbt der Kranke so wie so an der Krebscachexie. E. J. MOURE.

101) **Folet. Oesophagusstrictur. Gastrostomie. Tod. (Rétrécissement de l'oesophage. Gastrostomie. Mort.)** Société centrale de méd. du Departement du Nord. 26. „uni 1885. — *Bull. Méd. du Nord. No. 6. Juni 1885.*

Es werden die anatomischen Präparate (Magen und Oesophagus), herrührend von einem 12 Stunden nach gemachter Gastrostomie Verstorbenen vorgezeigt. Die Operation war nöthig geworden wegen vollständiger Undurchgängigkeit des Oesophagus nach Verätzung mit Aetzkali. F. schreibt dem operativen Shoc die Ursache des Todes zu. E. J. MOURE.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) **Ph. D. Photiades** (Constantinopel) **Mittheilungen aul dem Gebiete der Nasen-Rachen- und Kehlkopfkrankheiten.** (*Ανακοινωσεις περι νοσηματων της ρινος, του φαρυγγος και του λαρυγγος.*) Athen. Andreas Konomela. 1884.

Der Titel ist nicht gerade nach den im „Centralblatte" über die Titel laryngologischer und rhinologischer Publicationen (1884, No. 4) aufgestellten Principien und Rathschlägen gewählt; dennoch wird man wohl den Verf. entschuldigen, wenn man bedenkt, dass in griechischer Sprache kein Blatt für Laryngologie und Rhinologie besteht, worin dann die einzelnen Beobachtungen hätten separat publicirt werden können. Es musste also ein Collectivtitel gewählt werden, und da stellte nun jenes „Wort" zur rechten Zeit sich ein, welches der Verf. des Leitartikels mit einem „Anathema esto" gleichbedeutendem „fort" ausgemerzt wissen wollte . . . Mittheilungen etc.

Die ersten 3 Fälle geben uns Gelegenheit zu einigen operativen Bemerkungen. Im vierten wird über Diplophonie gesprochen.

Folgendes ist die fünfte Beobachtung: Patient, ein Militärarzt, hatte einen kirschengrossen, aus dem linken Morgagni'schen Ventrikel mit langem, sehr beweglichem Stiele herabhängenden Larynxpolypen. Bei der ersten Einführung der Zange machte der Patient den Operateur darauf aufmerksam, dass etwas in seinem linken Auge vorging. Sofort wurde nun constatirt, dass die linke Pupille, und

zwar nur diese, aufs höchste dilatirt war; diese Dilatation dauerte 20—30 Secunden, worauf die Pupille hin und her wogend allmälig auf ihren früheren Durchmesser zurückkehrte; das Phänomen wiederholte sich 2 bis 3 Mal täglich nach jeder Einführung der Zange, ja sogar ein paar Mal auf die Einführung des Kehlkopfspiegels. Nach Entfernung des Tumors trat das Phänomen nicht mehr auf.

Verf. weiss nicht, ob eine ganz ähnliche Beobachtung in der Literatur existirt; er erinnert nur an die analogen Beobachtungen von Reizungsmydriasis, angeführt von Leeser (Die Pupillarbewegung, 1881, pag. 105—108) — und auf die Beobachtungen von Vertigo laryngea.

Fall 6. Polypen in der Nase und gleichzeitig auch ein kleines Papillom auf der linken Chorda vocalis; letzteres wurde mittelst des Schwammes nach der Methode von Voltolini entfernt. Diese Methode wird beschrieben.

Fall 7. Entfernung eines Papilloms aus dem Kehlkopf mittelst des Schwammes, gefolgt von galvanocaustischer Aetzung der Basis des Papilloms.

Fall 9 und 10. Zwei Fälle von Chorditis nodosa.

Fall 11. Cyste auf der Epiglottis. — Die Beobachtung ist in allen Stücken ähnlich der von Prof. Dr. Oertel publicirten über Geschwülste im Kehlkopf 1875. Verf. stimmt Moure bei, dass die Cysten zu den seltenen Geschwülsten gehören; er fügt der von Moure publicirten Statistik (Receuil clinique des maladies du larynx, 1884) zwei neue Fälle hinzu, aus einer 8jährigen Praxis.

Fall 12. Blutegel im Larynx einer jungen Frau, einer Arbeiterin in einer Ziegelhütte aus der Umgebung Constantinopels. Aufenthalt des Blutegels im Larynx 22(—24) Tage. Symptome: Hämoptysis und plötzlich auftretende Suffocationsanfälle. Verf. hat laryngoscopisch beobachtet, dass der Suffocationsanfall unmittelbar dem Herabtreten des Blutegels unter die Stimmbänder folgte. Entfernung mittelst der Zange; eine linsenförmige Erhebung am vorderen Drittel des rechten Stimmbandes war unmittelbar nach der Entfernung sichtbar, gerade am Sitze des Blutegels.

Fall 13. 30jähr. Armenierin. Aphonie, Schmerzen beim Schlucken, Oedem der Arytänoidealschleimhaut, fast vollkommene Unbeweglichkeit der Stimmbänder. Aus dem ödematösen Interarytänoidealraum wurde eine Stecknadel herausgezogen, an welcher ein schmutziger Fetzen hing. Bei genauer Untersuchung stellte sich der Fetzen als Fischhaut heraus. — Es wird nämlich hierzulande der fette Rücken eines heringsartigen geräucherten Fisches in der Breite von ungefähr 1 Ctm. geschnitten, um einen Bissen Brod gewickelt, durch eine durchgesteckte Stecknadel befestigt; dieser Bissen wird nun auf dem Rost kurze Zeit dem Feuer ausgesetzt, hierauf nach Entfernung der Stecknadel als Leckerbissen den Arraktrinkern gereicht; der Rest des Vorganges versteht sich leicht, wenn man den Einfluss des Bacchus etwas zu Hilfe nimmt.

Fall 14. Missbildung im Nasenrachenraum. — Dr. Ar. . ., ein hiesiger Arzt, stellte sich mit den Erscheinungen eines chronischen Nasencatarrhs vor.

Bei der Digitaluntersuchung des Nasenrachenraumes stiess Verf. sofort auf eine starre Scheidewand; der Rand derselben verlief direct von vorn nach hinten, ganz wenig hinaufsteigend, und zeigte dem tastenden Finger eine feine seichte Furche. Die Scheidewand stieg senkrecht nach oben; durch sie wurde der Nasen-

rachenraum in zwei ganz symmetrische, oben sanft abgerundete, vorn in die Choanen mündende Seitenhälften geschieden. Die Scheidewand war dünn, starr, unbiegsam, von ganz glatter, straff anliegender, sehr dünner Schleimhaut bedeckt.

Erst nach jahrelangem Suchen hat Verf. die Beschreibung eines ähnlichen Falles in den „Archives of Laryngology" entdeckt.

(On a hitherto undescribed malformation of the naso pharynx. J. N. Mackenzie. July 1883.)

Literaturgeschichtliche Untersuchungen sind hier, weit von wissenschaftlichen Centren und ohne öffentliche Hülfsmittel, von unüberwindlichen Schwierigkeiten begleitet. Das Centralblatt ist ein wahrer Segen!

Es sei daher erlaubt, an dieser Stelle den Wunsch zu formuliren: Das Centralblatt möge nach und nach die gesammte laryngologische und rhinologische Literatur zusammenstellen und in Form eines periodisch erscheinenden Anhanges herausgeben. AUTOREFERAT.

[Statt mit dem geschätzten Herrn Verf. über die Titelfrage zu rechten, möchten wir viel lieber unserer Freude darüber Ausdruck verleihen, dass er, wie das vorstehende Referat so deutlich zeigt, sich auch weit von wissenschaftlichen Centren die Freude an wissenschaftlicher Thätigkeit zu erhalten und — trotz alledem — in so lebhafter Berührung mit den Fortschritten der Specialität zu bleiben verstanden hat! Wie übrigens aus dem Zusammenhang des Leitartikels, dessen der Herr Verf. gedenkt, hervorgeht, bezogen sich die dort ausgesprochenen Wünsche hauptsächlich auf kleinere Arbeiten und vor allen Dingen auf Journalartikel. Wenn ein Autor dagegen die Resultate mehrjähriger, praktischer Erfahrungen in Buchform zusammenstellt, wie dies von dem Herrn Verf. und von Max Schaeffer kürzlich in so ausgezeichneter Weise gethan worden ist, so liegt es auf der Hand, dass die Details des Inhalts nicht sämmtlich im Titel angegeben werden können. In dieser Beziehung rangiren, unserer Ansicht nach, derartige Berichte völlig in derselben Linie, wie die Jahresberichte aus Kliniken etc.

Zum Schlusse seines Autoreferats spricht der Herr Verfasser einen Wunsch aus, dessen Erfüllung ohne Zweifel im allgemeinen Interesse läge. Eine Zusammenstellung der gesammten laryngologischen und rhinologischen Literatur, womöglich mit Einschluss der praelaryngoscopischen Periode (deren Literatur nur zu vielfach vernachlässigt wird), welch' ein Monument unserer wissenschaftlichen Thätigkeit würde sie bilden, welch' gesunde Grundlage für weitere Forschungen, welche Ersparung von Arbeitslast für den Einzelnen! — Aber, leider, es steht nur zu sehr zu befürchten, dass bis zur Vollendung des „Index Catalogue of the Library of the Surgeon-General of the United-States of North-America" dieser Wunsch unerfüllt bleiben wird. Und selbst nach der Vollendung dieses Riesenwerkes wird dasselbe nur den wenigsten Fachgenossen zugänglich sein und das Heraussuchen der Mittheilungen von laryngo-rhinologischem Interesse immerhin seine Schwierigkeiten haben. — Uns selbst ist es zu unserem Bedauern nicht möglich, den Wunsch des Herrn Collegen aufzunehmen. Schon jetzt legt die Redaction und Mitarbeiterschaft des Centralblatts vielen der Betheiligten Opfer an Zeit und Arbeitskraft auf — man vergleiche hinsichtlich der Zahl der von einzelnen zu liefernden

Referate die Tabelle im Anfange dieser Nummer — welche nur durch das Bewusstsein erträglich gemacht werden, dass man nach besten Kräften für das allgemeine Interesse arbeitet. Schon jetzt müssen eigene wissenschaftliche Arbeiten oft auf das Unliebsamste hinter den sich allmonatlich wiederholenden, unabweislichen Verpflichtungen für das Centralblatt zurückstehen. Und doch haben wir nur die laufende Literatur zu registriren. Zu dieser stehenden Arbeitslast aber noch sich die Herkulesarbeit aufzuladen: Die enorme laryngo-rhinologische Literatur von Hippocrates bis zum Jahre 1884 im Auszuge zusammenzustellen — das hiesse für manchen von uns auf jede eigene wissenschaftliche Thätigkeit für eine unabsehbare Reihe von Jahren zu verzichten, und dieses Opfer dürfte wohl niemand verlangen können. Abgesehen hiervon würden sich auch der Ausführung des Unternehmens technische Schwierigkeiten in den Weg stellen, welche theilweise kaum überwindlich wären und auf die hier näher einzugehen nicht der Platz ist. — So muss die Idee, wenn überhaupt zur Ausführung kommend, von anderer Seite unternommen werden. Eine schöne Idee ist es, das ist unzweifelhaft, und eine Idee, deren Ausführung dem Betreffenden mit einem Schlage die Dankbarkeit aller Berufsgenossen, einen gesicherten Platz in der Geschichte der Laryngologie erwerben würde! „Ist keiner, der sich hinunter wagt?“ Red.]

b) **Sitzungsbericht der Americanischen Laryngologischen Gesellschaft.** Siebenter Jahrescongress, abgehalten in Detroit, Michigan, am 24., 25. und 26. Juni 1885.

Mittwoch, den 24. Juni. — Erster Tag.

Die literarischen Mittheilungen wurden eröffnet durch Vorlesen einer Abhandlung von Dr. E. L. Shurly aus Detroit, Präsident der Gesellschaft. Sie war betitelt:

Der Nutzen des Galvanismus bei chronischen Pharynxkrankheiten.

Verfasser ist der Ansicht, dass gewisse Zustände des Pharynx, wie chronische Schwellung, Hypersecretion etc., oft nur der locale Ausdruck einer Erkrankung des Magens, des Darmkanals oder eines vielleicht noch ferner liegenden Organes seien. Gewisse Neurosen des Pharynx, wie Hyperästhesie, Spasmus, ebenso Parästhesie sind entweder von den genannten Organen, oder von dem Urogenitalapparat, oder dem Gehirn abhängig. Sie bedürfen daher keiner, oder einer nur geringen Localbehandlung. Hypertrophie und Atrophie der Drüsen, mit oder ohne dauernde besondere Secretion und mit geringer organischer Veränderung der Schleimhaut rühren von einer perversen Function der in der Pharynxregion vertheilten nervösen Apparate her. Der rein mechanische Effect der Infiltration oder interstitiellen Ablagerung kann nicht zugleich den Grund für die Zerstörung der Schleimhaut abgeben.

Fussend auf diese Theorieen wandte Shurly den Galvanismus mit bemerkenswerthem Erfolg nicht nur bei dieser Klasse von Fällen an, sondern auch in den schwereren Formen des chronischen Nasencatarrhs, da wo eine Schwellung mit Hypersecretion bestand; ebenso in entschieden neurotischen Processen, wie bei Parästhesie. Folgende Methode wird empfohlen: Zunächst wird die Schleimhaut gereinigt, dann eine 4—5 proc. Cocainlösung aufgestrichen und ungefähr 5 Mi-

nuten lang die Electroden applicirt und zwar die eine durch die Nasenwege, die andere gegen die hintere und seitliche Wand des Pharynx, indem man sie schnell aber behutsam über die Oberfläche bewegt und sie hierauf fest applicirt hält. S. beginnt gewöhnlich mit zwei Elementen, steigt dann auf vier bis fünf Elemente einer Batterie mit verbesserten Leclanché-Elementen.

Diese Behandlung wird bereits zerstörtes Gewebe nicht wieder herstellen, aber sie wird diejenigen Veränderungen aufhalten, welche entweder zum Verlust der Drüsen- resp. anderer Elemente der Schleimhaut führen, oder an Stelle normalen Gewebes anderes setzen. Die einzige therapeutische Absicht ist die, die Ernährung und normale Secretion der Theile durch directe Application des electrischen Stromes auf die Nervenendfasern wiederherzustellen.

Dr. F. H. Hooper aus Boston verlas hierauf eine Abhandlung unter dem Titel:

Die respiratorische Function des menschlichen Larynx

nach experimentellen Studien in dem physiologischen Institut der Havard University. Verfasser bezweifelt die Neigung der Abductorenfasern des Recurrens bei Krankheiten früher afficirt zu werden, als die Adductorenfasern. Verfasser suchte die Wahrheit des Problems einzig und allein vom anatomischen, physiologischen und experimentellen Standpunkt aus zu erforschen. Die Quellen, von denen Nervenimpulse für den Larynx ausgehen und die Wege, auf welchen sie übertragen werden können, werden ausführlich besprochen. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass die respiratorischen oder Abductorfasern des Recurrens von viel mannigfaltigeren Quellen aus erregt werden können, als die phonatorischen oder Adductorfasern. Die respiratorischen Muskeln des Larynx sind physiologisch viel wichtiger, als die eigentlichen Larynxmuskeln, und ihr ausgedehnter Nervencomplex hat, nach des Verfassers Ansicht, den Zweck, sie vor Erkrankungen zu schützen, nicht neue Wege zu öffnen, von welchen aus Schädlichkeiten sie treffen können. Die Experimente wurden an Hunden und ein Mal an einem Pferde ausgeführt. Die Hunde waren so aufgebunden, dass man die Stimmbänder durch den Mund überwachen konnte, während die Recurrentes gereizt wurden. Unter normalen Verhältnissen bewirkte jeder Reiz, ob er einen oder beide Recurrensnerven traf, plötzlichen Glottisschluss. Die Experimente wurden an Hunden gemacht, erstens in tiefer Narcose, zweitens durch Reizung des Recurrens mittelst langsamer Zerstörung desselben durch Auflegen von Chromsäurecrystallen; drittens, indem man einen Faden durch den Nerven zog und mehrere Tage liegen liess, damit er entzündliche Veränderungen hervorrufe.

Hooper fand, dass, wenn der Hund tief narcotisirt war, die Wirkung der Glottisschliesser vollkommen aufgehoben war. Alsdann rief jeder auf die Recurrentes ausgeübte Reiz an Stelle des gewöhnlichen Verschlusses eine forcirte Dilatation der Glottis hervor. Das Experiment mit Chromsäure bewies nicht, dass die Abductorfasern die Neigung hätten früher zu erliegen, als die anderen.

Bei einem Experiment, wo ein Faden in den Recurrens eingeführt und eine Woche hindurch zurückgehalten wurde, zeigte sich eine gewisse Alteration der Nervenfasern, so zwar, dass wenn der Nerv unterhalb dieser Stelle gereizt wurde, das Stimmband abducirt wurde: ein Beweis, dass die Adductorenfasern ihre Fähigkeit verloren hatten, auf den Reiz zu reagiren.

Er kommt zu folgenden Schlüssen: Es ist das wichtige Factum von dem Fortbestand der Function der Musc. crico-arytaen. post. und der Nerven, welche sie versorgen, erhärtet. Die theoretischen Gründe dafür sind: 1) Die physiologische Wichtigkeit dieser Muskeln; 2) ihre Zugehörigkeit zum organischen Leben; 2) ihr ausgedehnter Nervenvorrath. Alles zusammen dient dazu, ihre functionelle Integrität zu erhalten. Mit Rücksicht auf die Behauptung, dass diese Muskeln Extensoren seien und, gleich den Extensoren der anderen Körpertheile, Krankheiten leichter unterliegen als die Flexoren, wirft er die Frage auf, wie man die Ausdrücke Extension und Flexion auf die Rotation der Aryknorpel anwenden könne? Die Hauptaufgabe der Crico-arytaen. post. ist, den respiratorischen Theil der Stimmritze offen zu erhalten. Vom Anfang bis zum Ende des Lebens befinden sie sich in halbcontrahirtem Zustande. Sie stehen demnach ebenso nahe den Flexoren wie den Extensoren, aber thatsächlich sind sie weder das eine noch das andere in dem Sinne, wie er gewöhnlich auf die Muskeln des Körpers angewandt wird. Sie sind Respirationsmuskeln, welche mit einer besonderen Function betraut sind. Es ist wünschenswerth, Muskeln aufzusuchen, welche ihnen analog sind, oder man muss andere Respirationsmuskeln untersuchen und den Einfluss von Krankheiten auf dieselben feststellen. Es ist bekannt, dass bei diffusen progressiven Erkrankungen von allen Muskeln — mit Ausnahme des Herzens — diejenigen, welche der Respiration dienen, immer zuletzt ergriffen werden. Es ist daher kein vernünftiger Grund vorhanden, warum die Respirationsmuskeln des Larynx eine Ausnahme von der Regel machen sollten, zumal da sie die wichtigsten von allen sind. Verf. macht den Vorschlag, diesen Gegenstand vom klinischen Gesichtspunkt aus in späterer Zeit zu untersuchen, wo die Positionen, welche die ruhenden Stimmbänder einnehmen, genügend erklärt werden mögen, ohne der weisen und erhaltenden Natur eine Neigung zuzuschreiben, einen der vitalsten Muskeln des Körpers angreifen zu wollen.

Dr. J. Solis Cohen aus Philadelphia bemerkte, dass diese Experimente einer Kritik unterzogen werden würden und, sollten sie sich bewahrheiten, so würden sie von geschichtlicher Bedeutung für die jetzt vorhandene Controverse sein, wonach die Abductorfasern die Neigung hätten, früher zu erkranken als die Adductoren. Er hätte vor einiger Zeit einen klinischen Fall gezeigt, welcher dieser Theorie wiedersprach, aber das einzige Wort der Empfehlung, welches er erhielt, war von Dr. Krause aus Berlin, welcher meinte, dass er die Beobachtung für correct halte, abor die Verletzung einer anderen Ursache zuschrieb.

Dr. E. Fletcher Ingals aus Chicago sah kürzlich einen Fall, welcher dem von Dr. Cohen berichteten ähnelte, mit Ausnahme seines Ursprungs.

Dr. Delavan aus New-York meinte, dass er in seiner Abhandlung auf ein motorisches Centrum für den menschlichen Larynx hingewiesen hätte. Seit Veröffentlichung seines Artikels über diesen Gegenstand seien verschiedene wichtige Beiträge erschienen, welche noch mehr geeignet waren, das Factum eines solchen Centrums festzustellen. Er hoffe daher, dass in Bälde genügende Beweise aufgehäuft werden würden, um diesen Punkt ausser Zweifel zu setzen.

Dr. Hooper constatirte, dass er nur versucht hätte, diese Frage auf allgemein physiologischen und experimentellen Grundlagen zu studiren. Klinisch

scheine es eine sehr schwierige Frage zu sein, wobei es viele Fehlerquellen gäbe*).

Dr. H. A. Johnson aus Chicago verlas demnächst eine Abhandlung über

Einige motorische Störungen des Larynx und deren Ursachen,

worin er über mehr als zwanzig Fälle berichtete, welche von ungewöhnlichem Interesse und Werth waren.

Dr. William C. Glasgow aus St. Louis brachte eine Abhandlung über

Gewisse vasomotorische Störungen der Nasenschleimhaut.

Er theilte mit, dass seit einiger Zeit seine Aufmerksamkeit auf eine Reihe von Fällen gelenkt worden wäre, welche nicht durch die wohlbekannten Factoren des Entzündungsprocesses zu erklären seien. Sie ähnelten ihm zwar, boten jedoch immer noch solche Differenzen dar, dass man einen neuen und unabhängigen Wirkungsmodus annehmen muss. Die Gesetze der vasomotorischen Function, wie unvollkommen ausgebildet sie immer noch wären, schienen ihm diese Fälle zu erklären, und der Erfolg, den die angewendeten Heilmittel erzielt hätten, bestätigt diese Annahme.

Er hält diese Fälle, sowohl ihrer Aetiologie, wie ihrem Mechanismus nach, für nahe verwandt dem sog. Heufieber. Verfasser kommt zu dem Schlusse, dass die Processe, die er beobachtet hatte, durch Contraction der kleinsten Arterien bedingt seien, hervorgerufen durch eine Spannungszunahme der Gefässe, die die Folge einer gesteigerten Thätigkeit der Constrictoren ist.

Dr. John N. Mackenzie aus Baltimore verlas darauf eine Abhandlung über

Betrachtungen über die Aetiologie der einfach entzündlichen Affectionen der oberen Luftwege.

Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Entzündung des oberen Respirationstractus, sowohl in seiner Totalität, wie in seinen einzelnen Partien ist eine Krankheit des Menschengeschlechts, welche bis in die entferntesten Perioden der Geschichte hinaufreicht. 2) Da die hauptsächlich prädisponirenden und diese Affection veranlassenden Momente in jedem Alter in Wirksamkeit sind, so ist ihr Ursprung so alt, wie das Werden des Menschen. 3) Die Entwicklung der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheit an einem gegebenen Ort ist, mit grosser Wahr-

*) Dr. Hooper erwiderte wörtlich Folgendes (New-York Medical Journal, 4. July 1885): „Ich habe in dieser Arbeit nur versucht, diesen Gegenstand auf allgemein physiologischer und experimenteller Grundlage zu studiren. Klinisch scheint es mir eine schwierige Frage, in welcher viele Fehlerquellen existiren. In erster Linie haben wir es mit einem der complicirtesten Organe zu thun und sehen bei der Benutzung des Kehlkopfspiegels perspectivisch Dinge, die sich in fast constanter Bewegung befinden. Oft ist es unmöglich zu sagen, ob ein Stimmband unbeweglich in der Medianlinie oder einige Millimeter von derselben entfernt steht. Wenn wir jede Stimmbandlähmung, die wir sehen, eine Paralyse des Crico-arytaenoideus posticus nennen, so können wir die Anzahl solcher Fälle recht geschwind vergrössern. Die Theorie, dass eine Vorneigung der den Crico-arytaenoideus posticus versorgenden Fasern bestehe zu erkranken, läuft nicht allein wider die Natur, sondern die dogmatische Art und Weise, in welcher sie von Einigen vorgebracht worden ist, sollte an sich uns veranlassen, ihre Genauigkeit anzuzweifeln. Ich würde es bedauern, wenn eine Körperschaft, wie die unsere, diese Idee auf Grund der äusserst seichten Evidenz, die wir gegenwärtig besitzen, adoptirte." — (Der Rest der Antwort ist formeller Natur.)

Ich habe es aus guten Gründen für meine Pflicht angesehen, den Lesern des Centralblattes den vollen Wortlaut von Herrn Hooper's Schlussbemerkung mitzutheilen. Die Antwort wird an anderer Stelle erfolgen. Felix Semon.

scheinlichkeit, ein Stück seiner geologischen Geschichte und hält gleichen Schritt mit den Veränderuugen seiner meteorologischen Zustände. Deshalb haben die geographischen Grenzen der Krankheit mit den verschiedenen Epochen der Erdbildung gewechselt.

Dr. D. Bryson Delavan verlas eine Abhandlung über

Erysipel des Larynx und Pharynx.

Nach einem kurzen Ueberblick über diesen Gegenstand werden zwei eigene Fälle berichtet. In dem ersten Fall nahm die Krankheit ihren Ausgang von einer Tonsille, breitete sich über den Pharynx aus und erstreckte sich von dort durch die Nasenhöhlen zu den Lippen, dem Gesicht und Kopf. Patient litt an deutlichen acuten cerebralen Symptomen, und zwei Wochen nach der Reconvalescenz entwickelte sich eine Geistesstörung, welche chronisch wurde. Der nächste Fall betraf einen bejahrten Patienten von rheumatischem Habitus und geschwächter Constitution. Er erkrankte, wie es anfänglich erschien, an acuter Laryngitis. Die Krankheit breitete sich indessen nach zwei Richtungen weiter aus, indem sie sowohl die Lungen, wie den Pharynx ergriff. Dort kam es zu einer deutlich weitverbreiteten Bronchopneumonie und hier zu einer intensiven Schwellung. Laryngoscopisch zeigte sich der Larynx geschwollen und von dunkelpurpurner Farbe. Die Allgemeinsymptome waren verhältnissmässig leicht. Patient genas. Die Cerebralsymptome beim „ersten Fall“ waren augenscheinlich durch eine acute Meningitis in Folge einer Allgemeininfection bedingt. Da der Zustand chronisch wurde, so entwickelte sich daraus die schliessliche Geistesstörung. Verf. glaubt, dass das Erysipel des Pharynx und Larynx keine so ungewöhnliche Affection sei und bittet dringend, dass man der Erforschung und Veröffentlichung solcher Fälle ein grösseres Interesse zuwenden möge.

Donnerstag, den 25. Juni. — Zweiter Tag.

Die regelmässige Morgensitzung wurde durch Verlesung des Titels einer Abhandlung von Dr. Frank L. Ives aus New-York über

Ein Fall von submucöser Hämorrhagie des Larynx, complicirt durch eine Cyste

eröffnet.

Dr. Harrison Allen aus Philadelphia verlas darauf eine Abhandlung über

Den Galvanocauter in der laryngologischen Praxis,

wobei er eine neue und originelle galvanocaustische Schlinge demonstrirte. Die Schlinge basirte auf den Principien des Jarvis'schen Instruments, nur dass ein Platindraht angewendet wurde, und die Verbindung mit der Batterie war so arrangirt, dass die Schlinge kalt oder mit dem Galvanocauter angewandt werden konnte. Einige interessante Principien bei dem Gebrauch des Instruments wurden erläutert.

Eine kurze und interessante Abhandlung über

Die Principien bei der Construction von Sprayröhren

von Dr. Andreas H. Smith

aus New-York wurde alsdann vom Secretär verlesen.

Eine Anzahl neuer Instrumente wurde demnächst demonstrirt. Die Ausstellung der vervollkommneten electrischen Lichte und Galvanocauteren war

bei Weitem das Bedeutendste, was jemals der Gesellschaft vorgeführt worden war, und die Fortschritte, welche auf diesem Gebiete während der letzten Jahre gemacht worden sind, sind von ausserordentlicher Bedeutung.

Dr. E. Fletcher Ingals aus Chicago folgte mit einer Abhandlung über Leucoplakia der Wange und der Zunge oder Ichthyosis der Zunge; erfolgreiche Behandlung mittelst des Galvanocauter.

Verschiedene Autoren hielten die „Raucherplaques", den unter dem Namen „Handwerkerplaques" bei alten Glasbläsern vorkommenden Process, die Psoriasis der Zunge und verschiedene Symptome von Syphilis für wahre Leukoplakie oder für eine Phase derselben. Dadurch entstand eine grosse Confusion über diese Materie. Prof. Ingals definirt die Leucoplakia buccalis als eine chronische Affection der Wangenschleimhaut, characterisirt durch Verdickung des Epithels und Bildung von weissen, opaken, erhabenen Flecken, welche gewöhnlich rissig und schmerzhaft werden und nach längerem Bestehen häufig als Epitheliom enden. Es wird eine genaue Geschichte dieser Krankheit mit zahlreichen Citaten geliefert. Hierauf wird der anatomische Character, die Aetiologie, die klinische Geschichte und die Diagnose eingehend besprochen. Die Dauer der Krankheit ist unbestimmt. Es werden zwei Fälle berichtet, wo der Krebs sich in weniger als sechs Monaten zeigte. Als Zeichen des Uebergangs der Leucoplakie in das Epitheliom gelten: Nicht entzündliche Schwellungen der Lymphdrüsen mit Exfoliation des dickeren Theiles der Plaque, Geschwürsbildung, Auftreten heftiger Schmerzen, Salivation und zuletzt Induration des darunterliegenden Gewebes. Schliesslich pflegt eine Schwellung der Wangengegend einzutreten mit Exitus letalis durch Erschöpfung.

Therapie. Alle Reizquellen, insbesondere der Alkoholgenuss, sind sofort zu beseitigen. Bestehen Störungen in den Verdauungsorganen, was häufig der Fall ist, so ist diesen eine besondere Sorgfalt zuzuwenden. Abgesehen von diesen Massregeln, versprechen sich die meisten Autoritäten von einer Behandlung geringen oder gar keinen Nutzen.

In Dr. Ingals' Fall waren die internen Mittel nutzlos und die locale Application von Tinct. jod., Arg. nitr. und Hydrarg. nitr. vermehrte nur in hohem Maasse das Leiden des Patienten; ja sie würde zweifellos die Krankheit verschlimmert haben, wenn man damit fortgefahren hätte. Der Galvanocauter jedoch beseitigte die Schmerzen und führte bei fortgesetztem Gebrauch eine radicale Heilung herbei. — Der Autor kam zu folgenden Schlüssen:

1. Die Leucoplakia buccalis ist eine idiopathische Krankheit, wohl zu unterscheiden von der Psoriasis, den „Raucherplaques" und der Syphilis. Sie findet sich oft bei Männern nach den mittleren Jahren, zuweilen auch bei Frauen. 2. Die Affection verläuft chronisch und endet schliesslich, in der Mehrheit der Fälle, als Epitheliom. 3. Die interne Behandlung und die locale Application von Sedativis, Stimulanten oder Causticis ist fast in allen Fällen nutzlos oder schädlich. Namentlich sind letztere bisweilen bedenklich, indem sie die Entstehung des Epithelioms beschleunigen. 4. Das Cauterium actuale oder der Galvanocauter sind im Stande, viele Fälle zu heilen, wenn sie frühzeitig in Behandlung kommen. Man darf sie jedoch nur auf eine kleine Stelle in jeder Sitzung appliciren und muss Bedacht nehmen, nicht das gesunde Gewebe unterhalb des veränderten Epithels zu zerstören.

Der Fall des Autors wird ausführlich mitgetheilt und am Schluss desselben ein vollständiges Literaturverzeichniss geliefert.

Dr. R. P. Lincoln aus New-York brachte eine Abhandlung über einen interessanten

Fall von Melanosarcom der Nase, durch den Galvanocauter geheilt.

Die Operation zeigte bis zur Gegenwart einen vollen Erfolg. Bis jetzt kein Anzeichen eines Recidivs vorhanden.

In der nächsten Abhandlung brachte Dr. J. O. Roe aus Rochester die Geschichte eines äusserst interessanten Tumors der Nasenhöhle, welcher sich mikroskopisch als Angiom erwies. Verf. besprach den Gegenstand sehr eingehend und lieferte ein vollständiges Literaturverzeichniss über denselben.

Dr. J. W. Robertson aus Detroit las über die

Missbildungen der Nase und deren Bedeutung für den Nasencatarrh.

Er stellt folgende Fragen auf: 1. Welches sind die Ursachen der grossen Anzahl von Nasenmissbildungen? 2. In welchem Alter treten diese Abweichungen von der Norm auf? 3. Wie erzeugen diese Missbildungen den Nasencatarrh und 4. wie können diese abnormen Zustände verhütet werden?

Abgesehen von dem grossen Procentsatz der Fälle, welche durch Syphilis, Scropheln etc. bedingt sind, finden sich die meisten Deviationen im Alter zwischen 10 und 20 Jahren, sei es, dass sie durch Verletzungen entstanden sind, oder durch mangelhafte Entwickelung in Folge schlechter Ernährung. Indem diese Deformitäten die Secretion hemmen, führen sie entweder zu localer mangelhafter Ernährung oder gewähren dem Lufteintritt zu grossen Spielraum und können dadurch den Nasencatarrh hervorrufen. Diese abnormen Zustände sind zu vermeiden, sobald man weiss, dass man dem Catarrh und dessen Folgekrankheiten am besten in der Wachsthumsperiode der Kinder entgegentreten kann. Die durch Trauma bedingten Deformitäten, wie Fracturen und Dislocationen, sind in der Jugend am leichtesten zu heilen, und man sollte ihnen dieselbe Sorgfalt zu Theil werden lassen, wie den entsprechenden Verletzungen grösserer Knochen.

Dr. Clarence C. Rice aus New-York las über:

Entzündliche Verwachsungen des Volum mit der hinteren Pharynxwand.

Der Autor sucht die mangelhaften Erfolge zu erforschen, welche bisher die Bemühungen der Chirurgen zur Heilung dieses Leidens auszeichneten. Bei der Feststellung der Prognose müssten diese Fälle in zwei Classen getheilt werden: 1. in solche, wo die Verwachsung des Velum mit der Pharynxwand das einzige Leiden bildet und 2. in solche, wo daneben durch grosse Narbenbildung der normale Nasenrachenraum verengt ist.

Freitag, den 26. Juni. — Dritter Tag.

Dr. Beverley Robinson aus New-York verlas einen Artikel über

Ernährung bei Larynxphthisis.

Der Autor bespricht die drei Ernährungsmethoden bei diesen Patienten: 1. Die Methode der Ueberernährung, wie sie von de Bove u. A. empfohlen wird; 2. die Methode mittelst Einführung eines Rohres von kleinerem Caliber nicht weit in den Oesophagus, wie Delavan vorgeschlagen und 3. die Ernährung durch Rectalclystiere. Allen diesen Methoden macht er gewisse Vorwürfe, und er be-

kräftigt seine Schlussfolgerungen durch Anführung verschiedener eigener Fälle. Er empfiehlt dringend die Application von Cocain auf die ulcerirten Stellen. Hierdurch wird die Dysphagie vermindert, und Patient ist im Stande, verhältnissmässig leicht zu schlucken.

Da Dr. F. H. Bosworth fehlte, so wurde nun der Titel seiner Abhandlung: Einige neue Bemerkungen zur therapeutischen Wirkung des Cocain verlesen.

Hierauf brachte Dr. S. Solis Cohen aus Philadelphia seinen Artikel über:

Persönliche Erfahrungen mit einigen neuen Bereicherungen der Materia medica bei Kehlkopfkrankheiten

zur Verlesung. Er theilt seine Erfahrungen über die Tinctur, das Fluid-Extract und das concentrirte Infus des Erythroxylon, Hydrogendioxyd, Resorcin, Aconit. oleïnic., Morph. oleïn. und Aethyljodid mit und giebt viele eigenartige und werthvolle Rathschläge.

Da Dr. G. M. Major aus Montreal nicht anwesend ist, so wird nur der Titel seiner Abhandlung über:

Einen Fall von membranösem Nasencatarrh

verlesen.

Die wissenschaftliche Thätigkeit der Session schliesst mit einer Discussion über:

Die Wirksamkeit milder Mittel bei der Behandlung des sog. Nasen- und Nasenrachencatarrhs.

Dr. Cohen eröffnet die Discussion, indem er darlegt, dass weniger radicale Mittel, als sie gewöhnlich im Gebrauch sind, oft indicirt seien und auf die Wichtigkeit aufmerksam macht, zwischen wahrer Hypertrophie und Schwellung der Nasenschleimhaut zu unterscheiden. Er empfiehlt den Druck als ein wirksames Mittel zur Bekämpfung der Schwellung und giebt eine ingeniöse Methode an, einen gleichmässigen Druck anzuwenden. Sie besteht in der Einführung eines Laminariastiftes in das Nasenloch, den man so weit beschneidet, dass aus dem Cylinder ein dünnes, flaches Oval wird. Es muss sich natürlich nach der Grösse der Nasenhöhle richten. Der Stift wird in das Nasenloch eingeführt, wo er durch die Feuchtigkeit des Nasensecrets anschwillt. Der Patient muss jedoch unterrichtet werden, die Schwellung des Stiftes nicht so weit gehen zu lassen, dass man ihn nur mit Mühe entfernen kann.

Das Ballot der Beamten für das Jahr 1885/86 ergiebt:

Präsident:
Dr. Harrison Allen aus Philadelphia.
1. Vice-Präsident:
Dr. A. Johnson aus Chicago.
2. Vice-Präsident:
Dr. George W. Major aus Montreal.

Secretair und Schatzmeister:
Dr. D. Bryson Delavan aus New-York.
Bibliothekar:
Dr. Thomas R. French aus Brooklyn.
Beisitzer:
Dr. J. Solis Cohen aus Philadelphia.

Das nächste Jahresmeeting wird in Philadelphia am letzten Donnerstag des Mai 1886 abgehalten werden.

LEFFERTS.

c) **Robert William Parker** (London). **Tracheotomie bei Kehlkopfdiphtheritis. (Tracheotomy in laryngeal diphtheria.)** London. H. K. Lewis. 1885.

Das Werkchen behandelt in Kürze nicht nur die Tracheotomie selbst, sondern auch die Therapie der möglichen Folgezustände und Complicationen bei Eröffnung

der Luftröhre wegen Kehlkopfdiphtherie. Der grosse Werth des Buches liegt, wie uns scheint, in der That darin, dass fortwährende sorgsame örtliche Behandlung nach der Operation als unumgänglich nothwendig betont wird. In Betreff dieses Punktes erscheint folgendes Dictum aus des Verfassers Vorrede anführungswerth:

„Die Gegenwart von Membranen in der Trachea bei einem letalen Fall von Laryngitis membranosa nach der Tracheotomie muss als Beweis der mangelhaften Sorge seitens des functionirenden Chirurgs betrachtet werden, ebenso wie die Gegenwart eines Stückes Darm im Leistencanale nach der Herniotomie, oder eines Steines in der Blase nach dem Steinschnitt."

Das erste Capitel ist einleitenden Characters, das zweite hat Bezug auf die Natur der Diphtherie und umfasst ihre Symptome und die voroperative Behandlung. Verfasser empfiehlt energische locale Behandlung, z. B. Anwendung von starker Kochsalzsäure und räth zum vollkommensten Wegschaffen der Infectionsproducte der localen Läsion. Doch hat man gefunden, dass ätzende Mittel, während sie unnöthigen Schmerz verursachen, die Bildung der Membranen nicht hindern; heutigen Tages bedient man sich zu diesem Zweck der Caustica sehr wenig. Mittel lindernder und schützender Art, wie die Firnisse (deren Verfasser nicht gedenkt), haben sie vertrieben. Ueberhaupt ist die Behandlung des Voroperations-Stadiums sehr oberflächlich abgehandelt, und ist augenscheinlich nur dazu bestimmt, als Einleitung zu den Capiteln 3, 4 und 5 zu dienen, in denen der eigentliche Gegenstand des Buches erörtert wird.

Verfasser räth frühzeitige Operation, ehe hochgradige Dyspnoë eingetreten ist, und meint, dass man Chloroform ohne Gefahr darreichen kann; er hält dafür, dass das Wichtigste der Operation in Wegräumen des Belegs, der Grundursache der Kehlkopf-Verstopfung, besteht, und auch uns scheint es, dass, wenn dieser Punkt allgemeiner berücksichtigt würde, die Nachoperations-Mortalität bedeutend abnehmen dürfte. Verfasser spricht vom Ringknorpel als Mittelpunkt des Hautschnitts. Unseres Erachtens würde dies die Operation zu hoch ausdehnen, und in der Regel möchten wir den Ringknorpel als obere Grenze des Schnitts betrachten; von da sollte derselbe sich bis halbwegs zur Incisura episternalis nach unten erstrecken. Verfasser möchte grösseren Nachdruck auf das Factum gelegt wissen, dass besonders bei Kindern ein Schnitt in der Mittellinie der Schilddrüse mit vollkommener Freiheit und Sorglosigkeit ausgeführt werden kann. Die Gründe, welche Verfasser für den Gebrauch seiner winkeligen Canüle anführt, sind zwar einwandsfrei, doch haben wir gefunden, dass die Schwierigkeit die innere Röhre in einem vollständigen Zustand einzuführen, gegen ihre Wirksamkeit streitet. Betreffs der Nachbehandlung verweisen wir auf das Obengesagte. Verfasser achtet Verhütung von Wiederbildung der Membranen oder ihrer Ausbreitung nach unten als Hauptsache.

Capitel 6 handelt von häufigeren Complicationen nach der Operation und schliesst mit Anführung einer Anzahl von Fällen, die den Erfolg der Tracheotomie bei Diphtherie und anderen Kehlkopfkrankheiten zeigen.

Die klare und sorgsame Schreibart des Buches hinterlässt einen günstigen Eindruck.

G. HUNTER MACKENZIE (Edinburgh).

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

3013

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, Januar. 1886. No. 7.

Ernst Burow †.

Dem Wunsche, dem wir erst vor wenigen Monaten an dieser Stelle Ausdruck verliehen: dass die Laryngologie für lange von ähnlichen schweren Verlusten, wie solche sie in den letzten Jahren in rascher Aufeinanderfolge durch das Dahinscheiden von Mandl, Waldenburg, Victor von Bruns, Foulis, Krishaber, Elsberg betroffen haben, verschont bleiben möge — war Erfüllung leider nicht beschieden. Wiederum haben wir den unzeitigen Verlust eines wackern Genossen zu beklagen. Am 19. November 1885 erlag einem Aortenaneurysma, dessen Existenz ihm selbst wohlbekannt war, welches er aber in rührender Fürsorge selbst seiner Familie zu verheimlichen suchte, um ihr Beunruhigung zu ersparen, plötzlich auf der Höhe des Mannesalters in vollster Thätigkeit Ernst Burow, ausserordentlicher Professor der Chirurgie an der Universität in Königsberg. An seiner Bahre trauert nicht nur seine Familie, nicht nur sein grosser Freundes- und Patientenkreis, sondern auch die medicinische Wissenschaft, deren treuer Anhänger und Förderer der Verblichene war, trauert auch unsere Specialität, welche ihm eine Reihe werthvoller Arbeiten zu verdanken hat.

Ernst Burow war am 24. Juni 1838 als Sohn des bekannten Chirurgen August Burow zu Königsberg in Preussen geboren. Ursprünglich war es nicht seine Absicht, sich dem Berufe seines Vaters zu widmen. Er schlug die medicinische Laufbahn vielmehr erst ein, nachdem er im Jahre 1856 mit der Absicht, sich eventuell der seemännischen Carrière zu widmen, nach Ablegung seines Abiturientenexamens eine grössere Reise nach Südamerica als Matrose an Bord eines Kauffahrteischiffes unternommen hatte. Nach seiner Rückkehr studirte er in Königsberg Medicin, übernahm nach dem Tode seines Vaters dessen propädeutische Klinik und wurde vor einigen Jahren Professor an der Albertina.

Obwohl mit Leib und Seele allgemeiner Chirurg, begann Burow doch schon im Beginne seiner Carrière, wie er uns selbst erzählt, im Jahre 1863 die Pflege der Laryngologie, und blieb seiner Vorliebe für dieselbe bis zum Ende seines Lebens treu. Im Jahre 1877 erschien sein laryngologisches Hauptwerk, der wohl allen unseren Lesern bekannte „Laryngoscopische Atlas“, ein Musterwerk gewissenhafter ausdauernder Beobachtung, schlichter, den Eindruck grösster Zuverlässigkeit machender Darstellung, künstlerischer und dabei objectiv treuer Ausführung der Zeichnungen. Ihm folgte im Jahre 1879 eine äusserst sorgsame Arbeit über die Paralyse der Glottisöffner mit Zusammenstellung aller bis dahin beobachteter Fälle (Berl. klin. Wochenschrift. No. 33), im Jahre 1881 sein in der laryngologischen Abtheilung des Londoner internationalen Congresses zur Einleitung der betreffenden Discussion gehaltener, gediegener Vortrag über „Die Indicationen für extra- oder intralaryngeale Behandlung gutartiger Neubildungen im Kehlkopf (Trans. VII. Internat. Congress. 1881. Vol. III), dessen Bedeutung um so höher anzuschlagen ist, als der nach leidenschaftsloser Abwägung der beiden Methoden gegen einander zum Schluss mit Bestimmtheit betonte Vorzug der intralaryngealen Methode der Ausrottung derselben nicht von einem einseitig gebildeten Specialisten, sondern von einem anerkannt vorzüglichen, allgemeinen Chirurgen zugebilligt wird. — Burow's letzte Arbeit auf laryngologischem Gebiete war die im vorigen Jahre in diesem Centralblatt veröffentlichte, sorgsame Kritik des Mackenzie'schen Lehrbuchs. Sie zeigt aufs Neue all' die Vorzüge, die ihren Autor seinen Berufsgenossen werth gemacht hatten: Objectivität, Gründlichkeit und ausgedehnte Sachkenntniss, neidlose Anerkennung fremden Verdienstes, Unbestechlichkeit des Urtheils auch dem Freunde gegenüber. Ich habe den ganzen Werth des Mannes bei der Correspondenz kennen gelernt, die ich mit ihm bei dieser Gelegenheit zu führen hatte. Keine Mühe war ihm zu gross, sich selbst über anscheinend unbedeutende Dinge zu informiren, und derselbe Zug liebenswürdiger Bescheidenheit, der so wohlthuend die Vorrede zu seinem Hauptwerk characterisirt, kennzeichnete auch seine Briefe.

Wir haben in Ernst Burow einen Mann von seltener Vornehmheit der Gesinnung, wahrem Forschergeiste und inniger Liebe für unsere Wissenschaft verloren. Die Laryngologie wird ihm eine dankbare Erinnerung bewahren.

Felix Semon.

I. Die beabsichtigte Gründung einer deutschen Gesellschaft für Laryngologie und Rhinologie.

Die an einer anderen Stelle dieser Nummer gebrachte Nachricht: dass in der laryngologischen Section der letzten Naturforscherversammlung der Antrag, eine deutsche laryngologische Gesellschaft zu gründen, angenommen und ein Comité gewählt worden sei, welches die Resultate seiner Vorarbeiten der laryngologischen Section der nächsten Naturforscherversammlung vorlegen solle, wird vermuthlich für viele Leser unseres Blattes eine Ueberraschung bilden. Der betreffende Antrag ist anscheinend ziemlich unerwartet gestellt und ohne längere Ueberlegung angenommen worden.

Einer solchen Ueberlegung aber dürfte die Sache, um die es sich hier handelt, doch wohl werth sein, und dies nachzuweisen, ist der Zweck dieser Zeilen.

Bei der Gründung einer medicinischeu Gesellschaft kommen unserer Ansicht nach hauptsächlich drei Punkte in Frage: 1. Entspricht die Gründung der Gesellschaft einem wirklichen Bedürfnisse? 2. Ist es, selbst falls ein Bedürfniss nicht vorhanden sein sollte, wahrscheinlich, dass aus der Gründung der Gesellschaft gewisse Vortheile erwachsen? Welcher Art könnten diese Vortheile sein, und wem sollen sie zu Gute kommen? 3. Kann die Gründung einer solchen Gesellschaft umgekehrt schädlich wirken?

Betrachten wir die vorliegende Frage zunächst von dem ersten Gesichtspunkte aus. Ist ein wirkliches Bedürfniss für Gründung einer deutschen rhino-laryngologischen Gesellschaft vorhanden? Wir möchten diese Frage entschieden verneinend beantworten. Eine medicinische Gesellschaft wie die projectirte kann, soweit wir zu übersehen vermögen, nur zwei Absichten verfolgen, einmal, ihren Mitgliedern Gelegenheit zur Aussprache über gewisse Fragen zu geben, welche besser in einem kleineren Expertenkreise, als in einer grösseren medicinischen Gesellschaft discutirt werden können, zum anderen, gewisse Standesfragen, wie sie z. B. in unseren Leitartikeln über die gegenwärtige Stellung der Laryngologie besprochen werden, durch Collectivaction ihrer Lösung näher zu bringen.

Fehlte es nun völlig an einer Organisation, mittelst welcher diese beiden Desiderate erzielt werden könnten, verschlösse sich die Leitung der Naturforscherversammlung hartnäckig dem berechtigten Anspruch auf eine separate, laryngologische Section bei Gelegenheit ihrer Zusammenkünfte, so wäre ein Antrag auf Gründung einer separaten laryngologischen Gesellschaft nicht nur verständlich und zeitgemäss: er wäre gewiss sehr dankenswerth. — Aber die nothwendige Prämisse fehlt eben! Alles, was man jetzt erst mittelst einer neuen Maschinerie erreichen will, besitzt man ja schon! Sicherlich ist die Anzahl der wissenschaftlichen Fragen, welche sich mehr zur Besprechung im engeren Kreise der Laryngologen eignen, keine so grosse, dass die zur Zeit im Vordergrunde des Interesses stehenden Probleme nicht im Verlaufe eines mehrere Tage arbeitenden Congresses völlig ausreichend discutirt werden könnten; sicherlich würde beispielsweise ein an die zuständigen Behörden gerichtetes Gesuch um grössere Berücksichtigung der Rhinologie und Laryngologie als Lehr- und Examinations-

gegenstand nicht deshalb von grösserem Gewicht sein, weil es, statt von der laryngologischen Section der deutschen Naturforscherversammlung, vielmehr von der „Deutschen Gesellschaft für Laryngologie und Rhinologie" ausgeht!

Wenn man es also nicht vermag, uns andere Gründe anzugeben, welche das Bedürfniss nach einer neuen Organisation erhärten, so müssen wir auf Grund derjenigen Erwägungen, welche sich beim Nachdenken über diese Frage als die ersten und natürlichsten ergeben, die Bedürfnissfrage entschieden verneinen.

Und ebenso steht es mit der zweiten Frage: Wem könnte die Gründung einer deutschen, laryngologischen Gesellschaft Vortheil bringen? In affirmativem Sinne wissen wir hierauf nur eine Antwort: einigen unersättlichen Congressbummlern — sit venia verbo —, die an den alljährlichen Naturforscherversammlungen und an den dreijährigen internationalen Congressen noch nicht genug haben! Sonst aber wüssten wir wirklich Niemanden, der sich von einer Ueberfülle von Versammlungen, Vorträgen, Discussionen, Demonstrationen im Familienkreise den geringsten Vortheil versprechen könnte: weder die allgemeine Wissenschaft, noch die Laryngologie, weder die practischen Aerzte, noch die Laryngologen würden unseres Erachtens nach durch eine derartige Multiplication von Congressen im Geringsten beneficirt.

Wohl aber könnte und würde vermuthlich, wenn das Project wirklich zu Stande käme, der Effect ein durchaus schädlicher sein. Und hier kommen wir auf die dritte, die ernste Seite der Frage, und diejenige, die uns allein veranlasst hat, auf den Gegenstand hier einzugehen. Wenn es sich nur um die Gründung einer „Gesellschaft" handelte, warum sollten wir dem geehrten Herrn Antragsteller, der es nun einmal zu seinem Herzenswunsch gemacht zu haben scheint, laryngologische Gesellschaften zu gründen, und der, da es vor 4 Jahren mit der „Internationalen Laryngologischen Gesellschaft" nicht ging, es jetzt in kleinerem Rahmen mit einer „Deutschen Laryngologischen Gesellschaft" versucht, durchaus den Spass verderben wollen? Wir sind nicht so bösartig! Aber die Sache hat in der That eine sehr ernste Seite, und diese zu betonen, halten wir für unsere Pflicht.

Niemand, der es mit der deutschen Laryngologie gut meint, kann sich, glauben wir, der Einsicht verschliessen, dass dasjenige, was ihr gegenwärtig vor allen Dingen mangelt, Anerkennung und Entgegenkommen ist, Anerkennung und Entgegenkommen sowohl seitens des grossen Kreises der allgemeinen Berufsgenossen, wie seitens der zuständigen Staats- und Universitätsbehörden! Diese Anerkennung, dieses Entgegenkommen braucht die deutsche Laryngologie, muss sie sich erzwingen! Die Frage: wie? ist, wie wir meinen, nicht schwer zu beantworten. Die Antwort lautet: durch stetige und rührige Arbeit in den allgemeinen Vereinen und Gesellschaften, durch unseren Collegen immer und immer wieder gegebene Beweise von der Wichtigkeit unserer Methode für die Diagnose schwerer Allgemeinleiden, für die Heilung oder Linderung quälender Localerkrankungen, durch bedeutsame, in allgemeinen medicinischen Journalen publicirte und nicht nur von einem verschwindend kleinen Kreise von Fachgenossen gelesene Arbeiten! — Speciell hinsichtlich der in allgemeinen Gesellschaften zu haltenden

Vorträge kann das „Caeterum censeo“ der Laryngologen gar nicht oft genug wiederholt werden. Ein leuchtendes Beispiel dafür, was wir meinen, hat vor wenigen Wochen Carl Gerhardt in seiner Festrede in der Berliner Medicinischen Gesellschaft gegeben, derjenigen deutschen Gesellschaft, von der ihr Präsident, Rudolph Virchow, mit Stolz sagen durfte, dass man in ihr dem Chirurgen und Ophthalmologen ebenso gut das Wort gebe, wie dem inneren Kliniker oder dem Laryngologen! Aber wie selten werden, soweit uns bekannt, in anderen deutschen medicinischen Gesellschaften laryngologische Vorträge gehalten!

Unter diesen Verhältnissen nun gar noch eine besondere laryngo-rhinologische Gesellschaft gründen zu wollen, erscheint uns so unrichtig, wie nur möglich. Angenommen, das Project käme zu Stande, was würde es bringen? Die in den Sitzungen der neuen Gesellschaft gehaltenen Vorträge würden wahrscheinlich sonst in allgemeinen medicinischen Gesellschaften gehalten oder in allgemeinen Journalen veröffentlicht worden sein. Nach dem neuen Plane gehen sie für den ersten dieser Zwecke völlig, für den zweiten beinahe vollständig verloren. Denn selbst wenn ein allgemeines medicinisches Journal einen kurzen Auszug aus den Verhandlungen bringt, so ist es unserer Erfahrung nach wahrscheinlich, dass gar mancher practische Arzt, der einen einzelnen, z. B. in der Berliner Medicischen Gesellschaft gehaltenen, laryngologischen Vortrag sorgsam lesen würde, einen Bericht, der den Titel trägt „Sitzung der deutschen laryngologischen Gesellschaft“, — einfach überschlägt! — Seien wir uns doch hierüber ganz klar, und überlegen wir uns, wie wenig ein Zurückziehen in unser eigenes Schneckenhaus dazu geeignet ist, uns die Sympathien Aussenstehender zu erwerben! — Wir möchten hier noch einmal auf die goldenen Worte Virchow's verweisen: „Keine Specialität kann gedeihen, welche sich gänzlich loslöst von dem Gesammtkörper der Wissenschaft, keine Specialität kann sich fruchtbar und segensreich entwickeln, wenn sie nicht immer von Neuem schöpft aus dem gemeinsamen Born, wenn sie sich nicht verständigt mit den anderen Specialitäten etc. etc.“

Wie passt dies Alles auf die Laryngologie! — Gewiss, wir brauchen eine gewisse Anzahl von Sitzungen unter uns, in denen wir Erfahrungen austauschen und Meinungsdifferenzen versöhnen können, aber wie verschwindend klein ist diese Nothwendigkeit gegenüber der grösseren: Anregung zu geben, Anregung zu empfangen auf und von Gebieten, die anscheinend dem unseren ziemlich fern liegen!

Und noch eine andere, keineswegs illusorische Gefahr droht uns selbst, sollte das neue Project zur Wahrheit werden: die Gefahr der Zerplitterung! — Es würde nicht nur eine That schwarzen Undanks gegenüber dem Entgegenkommen der Naturforscherversammlung, sondern vermuthlich ein selbstmörderischer Act sein, wenn die Sitzungen der intendirten Gesellschaft so gelegt würden, dass sie mit der Session der Naturforscherversammlung collidirten. Wahrscheinlich würde also auf eine Frühjahrsession reflectirt werden. Nun glauben wir mit Bestimmtheit, dass mit Ausnahme einiger Congressfanatiker nur wenige Laryngologen, die sich den Luxus doppelter Ferien gönnen können, geneigt sein werden, ihre Feiertage zweimal im Jahre Congresssitzungen zu opfern. Dem Einen wird das Frühjahr, dem Andern der Herbst bequemer sein. Das besagt in

anderen Worten bei der verhältnissmässig geringeren Gesammtzahl der deutschen Laryngologen, dass eine Spaltung in ein Frühjahrs- und ein Herbstlager, mit anderen Worten: eine ungenügende Beschickung beider beinahe mit Sicherheit zu besorgen steht! Das liegt doch sicherlich nicht in unserem eigenen Interesse!

Kurzum: von welchem Gesichtspunkte auch immer wir die Frage betrachten mögen, wir vermögen nicht ein einziges Moment zu ermitteln, das für das neue Project spräche, während demselben eine Anzahl schwerer Bedenken entgegenstehen, und wir hoffen zuversichtlich, dass, falls das vorbereitende Comité in der That mit positiven Vorschlägen zur Gründung einer deutschen laryngologischen Gesellschaft vor die laryngologische Section der nächsten Naturforscherversammlung treten sollte, die Vorfrage gestellt werden wird, ob die Gründung einer solchen Gesellschaft im Interesse der medicinischen Wissenschaft, der Laryngologie und der Laryngologen liege, und dass diese Vorfrage mit grosser Majorität verneinend beantwortet werden wird! Wir hoffen dies, weil jeder, dem der gesunde Fortschritt unserer Specialität am Herzen liegt, nicht nur darauf bedacht sein muss, die wahren Bedürfnisse der Laryngologie zu fördern, sondern auch Auswüchsen, die das Gedeihen des Ganzen schädigen, energisch gegenüberzutreten.

Aber indem wir so unserer eigenen Ueberzeugung in einer Weise Ausdruck verleihen. die Niemanden befremden wird, der die Ziele beobachtet, welche sich das Centralblatt gesteckt und consequent verfolgt hat, wünschen wir gleichzeitig nicht, in den Fehler der Einseitigkeit zu verfallen. Die vorliegende Frage ist eine solche, deren Ventilation nach allen Gesichtspunkten hin im allgemeinen Interesse liegt. Es wäre denkbar, dass unsere Ausführungen zu sehr von vorgefassten Principien dictirt sind, denkbar, dass sich die Gründung einer laryngologischen Gesellschaft von Gesichtspunkten aus vertheidigen liesse, deren im Obigen gar nicht gedacht ist.

Geleitet von dem Bestreben, dem für unsere Specialität Besten zum Siege zu verhelfen, haben wir diese Frage zu einer so frühen Zeit angeregt, dass sie noch vor der definitiven Beschlussfassung nach allen Seiten hin discutirt werden kann. Wiir stellen den Briefkasten des Centralblatts zur — möglichst kurz gefassten — Meinungsäusserung über diese Frage sowohl den Freunden wie den Gegnern des Projectes zur Verfügung, in der Hoffnung, dass an dieser wichtigen Frage wirklich allgemeines Interesse genommen und manifestirt werden wird. Es kann der Laryngologie nur zum Segen gereichen, wenn statt des bisher leider gar zu sehr beliebten „Jeder für sich und Gott für uns Alle" das schöne, wenn auch vielleicht nicht ganz classische „Viribus unitis" zu unserem Wahlspruch erhoben werden würde!*)

*) Für bezügliche Einsendungen gilt der allgemein übliche Grundsatz, dass der Verf. seine Meinungsäusserung nicht mit seinem Namen zu unterzeichnen braucht, sich aber der Redaction gegenüber nennen muss.

II. Referate.

a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) **A. de Vilbis. Aetiologie und Hygiene des acuten und chronischen Catarrhs. (Causes and hygiene of catarrh acute und chronic.)** *Fort Wayne Journal med. Scienc. IV. p. 314. 1884—1885.*

In einer interessanten Abhandlung spricht der Autor die Ansicht aus, dass, da die verschiedenen Patienten, oder derselbe Patient sich verschieden gegen die Catarrh erzeugenden Einflüsse disponirt zeigen, irgend ein Defect vorhanden sein müsse, welcher sie widerstandsunfähig gegen die äusseren Einflüsse macht. Diesen Defect findet er in den Producten der mangelhaften Assimilation und unvollkommenen Ausscheidung, welche sich, in Folge krankhafter Processe gewisser unvollkommen functionirender Organe, im Organismus ablagern. Die Ursache hierfür aber liegt in einer fehlerhaften anatomischen Structur des Organs, oder des Nervencentrums, welches dessen Function regulirt. Ohne Zweifel handelt es sich dabei um hereditäre Fehler.

Ausser den reflectorisch wirkenden Ursachen giebt es auch solche, welche direct auf die Theile wirken. Es giebt Fälle, wo sowohl in den afficirten Theilen, als auch in den sie regulirenden Nervenganglien kein hereditärer Mangel vorhanden ist, wo auch bisweilen das Allgemeinbefinden nichts zu wünschen übrig lässt. So ist z. B. die Ozaena weder durch ein constitutionelles Leiden, noch durch eine Diathese bedingt, ausgenommen in den Fällen, wo eine Destruction des Knochens oder der Weichtheile, oder eine Structurveränderung in Folge von Syphilis, oder eine Degeneration, sich von einer Generation auf die folgenden fortpflanzend, vorhanden ist. In letzterem Falle würde er die Ozaena als scrophulös bezeichnen.

Er meint also, dass sie häufig ein rein locales, durch directe Ursachen hervorgerufenes Leiden sei, und dass ihr Fortbestand durch häufige Erkältungen bedingt sei.

Staub ist eine sehr wirksame und sehr allgemeine Ursache catarrhalischer Entzündungen der oberen Luftwege. Reizende Gase, mit mannigfachem Staub vermischt, sind ebenso wirksame Agentien.

Die Beschäftigung bildet keine häufige Ursache dieses Leidens. Hingegen spielt grosser Temperaturwechsel in einer feuchten Atmosphäre hierbei eine sehr wichtige Rolle.

Für die Hygiene des Catarrhs ist am wichtigsten die Kleidung und Abhärtung.

LEFFERTS.

2) **R. v. Volkmann** (Halle). **Tuberculöse Erkrankungen der dem Chirurgen zugänglichen Schleimhäute.** Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XIV. Congress. *Beiblatt zum Centralblatt für Chirurgie. No. 24.*

Tuberculose der Zunge kommt theils in Form von Geschwüren vor, die bald mehr den torpiden, bald mehr den fungösen Character haben, theils in Form von tiefgreifenden Knoten, die allmälig central erweichen. Solitäre tuberculöse

Zungengeschwüre mit fungösen Wucherungen und etwas indurirter Umgebung können leicht mit Krebs verwechselt werden, namentlich bei älteren Leuten; die knotige Form der Tuberculose ist anfangs nicht vom Gummi zu trennen. Wenn auch durch locale Behandlung (Thermocauter, Exstirpation) Heilung erzielt werden kann, so gehen doch meist die Kranken später an Lungentuberculose zu Grunde.

Die Tuberculose des Rachens und des Gaumensegels hat Verf. fast nur bei jugendlichen Personen um die Zeit der Pubertät oder bald nachher gesehen.

Die ausgedehnten Verwachsungen des narbig geschrumpften Gaumensegels mit völligem oder fast völligem Abschluss des Pharynx von der Nasenhöhle und gewisse Formen von narbiger Pharynxstenose dicht über dem Kehlkopfe sind nach des Verf.'s Ansicht häufiger auf verheilte tuberculöse Geschwüre, als auf Syphilis zurückzuführen. Ref. kann nicht umhin, zu bemerken, dass seine eigenen Erfahrungen und wahrscheinlich auch die der meisten Specialcollegen gerade entgegengesetzter Art sind, d. h. dass die syphilitischen Pharynxstricturen unendlich viel häufiger sind, als alle anderen, besonders aber als die tuberculösen.

Tuberculose der Nase. Es giebt eine Ozaena tuberculosa, welche auf der Bildung echter Tuberkelgeschwüre in der Nasenschleimhaut beruht und die scharf von der unendlich häufigeren Rhinitis scrophulosa, die auf einem catarrhalischen Zustande beruht, zu trennen ist. Noch seltener führen primäre Tuberculose des Knochengerüstes der Nase, besonders des Oberkiefers, secundär zu Infection und specifischer Erkrankung der Nasenschleimhaut.

An den Lippen sah V. zweimal schwere tuberculöse Ulcerationen; einmal bei multipler Herdtuberculose und gesunden Lungen, einmal bei einer alten Frau; im ersten Falle wurde das Geschwür durch keilförmige Excision entfernt, im zweiten, wo man die Affection für Carcinom hielt, war Excision und Plastik nothwendig.

In der Discussion bemerkte Maas, dass er in 2 Fällen von knotiger Tuberculose der Zunge innerhalb der Schleimhaut eine geringe Menge von Bacillen vorgefunden habe, umsomehr aber in der Musculatur. Er hält die Excision der erkrankten Partien für absolut nöthig.

König und Riedel erwähnen eine eigenthümliche Art von Nasentuberculose, welche sich in Form eines Fibroms des Septum, der Muscheln nicht selten von Schleimpolypen umhüllt darstellt und microscopisch fibröses Gewebe mit Bacilleneinlagerungen erkennen lässt.

Kraske erwähnt eine Wangenschleimhauttuberculose mit inficirten Drüsen im Unterkieferwikbel. SCHECH.

3) **H. Schede** (Hamburg). **Aus dem allgemeinen Krankenhause in Hamburg.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 26. p. 449. 1885.*

Demonstrationen im Hamburger ärztlichen Verein. 1. Exstraction eines 3 Ctm. langen, $1^1/_2$ Ctm. breiten Knochenstücks mittelst Oesophagotomie aus dem Oesophagus. 2. Kehlkopfexstirpation wegen Carcinoms. Schede erwähnt

bei der Vorstellung der gut genährten, 42jährigen Pat. einer anderen von ihm ausgeführten halbseitigen Kehlkopfresection, bei welcher später wieder Stimmbildung eintrat.

B. FRAENKEL.

4) **Littlejohn** (Edinburgh). **Zunge und Luftwege eines während eines Feuers erstickten jungen Mannes.** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1885.*

Demonstration des Präparats vor der Medico-Chirurg. Society of Edinburgh am 1. April 1885. — Von Veränderungen anderer Theile (Blut) abgesehen, zeigten sich die Luftwege überall mit inhalirtem Russ bedeckt und ausserdem so intensiv injicirt, wie dies zuerst von Casper in Fällen dieser Art beschrieben worden ist.

SEMON.

5) **H. Landis Getz. Schnittwunden des Pharynx, Oesophagus und Trachea und deren Behandlung. (Incised inguries of the pharynx, oesophagus and trachea and their treatment.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 28. März 1885.*

Eine Abhandlung, welche die allgemeinen chirurgischen Symptome der genannten Klasse von Wunden aufzählt und deren besondere Behandlungsmethoden bespricht. Letztere weicht nicht von der bei den Chirurgen allgemein üblichen ab. Ein instructiver Fall von äusserstem „Halsschnitt" findet sich als Anhang des Artikels.

LEFFERTS.

6) **J. F. Baldwin. Tod in Folge von Hypertrophie der Thymusdrüse bei Hodgkins Krankheit. (Death from hypertrophy of the thymus in hodgkins disease.)** *Columbus Med. Journal. IV. p. 7. 1885—1886.*

Die interessanten klinischen Details befinden sich in dem Artikel. Die Diagnose wurde erst nach der Autopsie gestellt. Die Thymusdrüse fand sich enorm hypertrophirt. Ihre Länge betrug 8, die Breite 4,5 und ihre Dicke 3 Ctm. Sie wog 30—60 Grm. Die vergrösserte Drüse lag abnorm tief im Thorax und drückte direct gegen das rechte Herzohr. Es scheint ein Fall einfacher Lymphadenose gewesen zu sein, wobei durch die frühzeitige Betheiligung der Thymusdrüse auf mechanischem Wege ein tödtlicher Ausgang herbeigeführt wurde, bevor die bei vorgeschrittener Krankheit characteristischen Symptome aufgetreten waren.

LEFFERTS.

7) **A. M. Goebel. Ein Fall von Hydrocele des Halses. (A case of hydrocele of the neck.)** *Physician & Surgeon Ann. Arbor Michigan. VII. p. 243. 1885.*

Ein 4jähriges Kind hatte einen grossen Tumor, der die Grube unterhalb des Kieferwinkels ausfüllte und als eine grosse Masse zwischen dem Sternocleidomastoideus und Larynx rechterseits sich erstreckte. Er war durch Druck leicht zu verschieben, indem er rückwärts unter den Muskel sich zurückzog. Fluctuation war deutlich. Die Diagnose war: Grosse, unregelmässig darstellte, dünnwandige Cyste, deren Grenzen unbestimmt und eigenthümlich waren.

Die Cyste wurde punctirt, der Inhalt ausgesogen (eiweissartige, strohfarbige Flüssigkeit), Jod injicirt. Die Cyste verkleinerte sich rapide, so dass am dritten Tage keine Spur des früheren Zustandes mehr zu sehen war.

LEFFERTS.

8) **W. A. Byrd. Zwei Fälle von glücklich verlaufener Ligatur der Jugularvene behufs Exstirpation von Halstumoren. (Two cases of successful ligation of the juglar vein during operations for the removal of tumors from the neck.)** *Gaillard Med. Journal New-York. XXXIX. p. 125. 1885.*

In dem ersten Falle wurde die Vene zufällig eröffnet. In dem zweiten war die Vene nebst anderen Gefässen so mit dem Tumor verwachsen, dass man diesen nicht entfernen konnte, ohne die Vene an der dem Tumor entgegengesetzten Seite zu unterbinden. Beide Fälle werden vom Autor berichtet, um zu zeigen, wie relativ sicher es ist, Gefässe zu unterbinden, sobald sie zerrissen oder sonst wie verletzt sind. LEFFERTS.

9) **J. Gundrim** (Jonia, Mich.). **Eine klinische Studie über den tiefen acuten und chronischen Halsabscess. (A clinical study of deep acute and chronic abscess of the neck.)** *Detroit Lancet. Juni 1885.*

Der Bericht enthält die klinischen Details und die Therapie von sechs Fällen aus des Verf.'s eigener Praxis und zwei von anderen Autoritäten citirte Fälle. — Bei dem tiefen Halsabscess sind drei Punkte wesentlich: Eine frühzeitige Diagnose, ergiebige Incision und antiseptische Behandlung.

Wie diese Indicationen zu erfüllen sind, das wird zwar vom Autor ausführlich erörtert, ohne dass er jedoch etwas Neues bringt. LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **C. A. S. Sinas. Chronischer Catarrh mit Taubheit; Heilung mit der Warm-spray-Methode. (Chronic catarrh with deafness, cured by the warm-spray-method.)** *St. Louis Med. Surg. Journal. XLVIII. p. 208. 1885.*

Geschichte eines Falles. In dem Artikel ist es nicht genauer beschrieben, was unter der „warmen Spray-Methode“ verstanden wird. LEFFERTS.

11) **C. W. Tangemann. Nasenpolyp. (Nasal polypus.)** *Cincinnati Lancet and Clinic. XIV. p. 583. 1885.*

Eine allgemeine Besprechung der Materie, ohne jedoch etwas Neues zu bringen. LEFFERTS.

12) **Mulhall. Fremdkörper im Antrum Highmori. (Foreign bodies in the antrum of Highmore.)** *St. Louis Cour. med. XIV. p. 78. 1885.*

Durch eine Oeffnung, welche behufs Drainage und Behandlung eines purulenten Catarrhs der rechten Highmorshöhle in den Proc. alveol. angelegt worden war, waren ein Drainrohr und zwei Hartgummipfropfen in das Antrum entwischt. M. entfernte dieselben durch eine Incision in das Antrum, oberhalb der Alveole, an bekannter Stelle und in bekannter Weise. LEFFERTS.

13) **E. Taylor. Chronischer Nasenrachencatarrh. (Chronic naso-pharyngeal catarrh.)** *Cincinnati Lancet and Clinic. XIV. p. 675. 1885.*

Verf. unterlässt es, die verschiedenen Formen des chronischen Nasencatarrhs deutlich zu trennen, so dass seine Bemerkungen über die Therapie zuweilen zu

Irrthümern Anlass geben. Es werden z. B. chirurgische Massnahmen gar nicht erwähnt, und seine Empfehlungen stimmen, rücksichtlich der allgemeinen Therapie, nicht immer mit den modernsten Anschauungen überein. LEFFERTS.

14) **Joal** (Mont-Dore). **Nasen-Rachencatarrh. (Catarrhe naso-pharyngien.)** *Arch. d'Hydrol. No. 1, 2. Mai, Juni 1885.*

Mehrere Fälle werden angeführt, um den günstigen Einfluss der Quellen von Mont-Dore auf obige Erkrankung in's rechte Licht zu setzen.

Belanglose Arbeit. E. J. MOURE.

15) **Bendell. Krankheiten des Nasenrachenraums als Ursache von Taubheit. (Disease of the nasopharynx as a cause of deafness.** *Albany Med. Ann. VI. p. 33—41. 1885.*

Das Journal war mir nicht zugänglich (vergl. Erklärung im Centralblatt Jahrgang 1., No. 6). LEFFERTS.

16) **J. Cornwall** (San Francisco). **Fibromucöse Polypen des Nasenrachenraums. (Fibro-mucous polypi of the naso-pharynx.)** *California Medical Journal. Mai 1885.*

Unter Hinweis auf den gewöhnlich gemischten Character der Neubildungen in dieser Gegend berichtet der Verf. über einen Fall, in welchem der Tumor zwei von einer Basis ausgehende Stiele hatte. Der vordere Theil der Geschwulst war schleimig und nahm die vordere Partie der Nase ein, während der hintere äusserst fibrös und fest war und das Pharynxgewölbe ausfüllte. Jener konnte sofort mit der Zange entfernt werden, während dieser nur wiederholten Angriffen mit der kalten und der galvanocaustischen Schlinge nachgab. LEFFERTS.

17) **Cresswell Baber** (Brighton). **Behandlung adenoider Vegetationen des Pharynx. (Treatment of adenoid vegetations of the pharynx.)** *Brit. Med. Journal. 21. März 1885.*

Vortrag vor der Brighton and Sussex Medico-Chirurgical Society am 5. März 1885. B. hat Galvanocauter und Zange zu Gunsten des Fingernagels aufgegeben und bsstätigt Guye's Angaben über die Vorzüge dieser Methode. Durchschnittlich genügten vier Sitzungen in wöchentlichen Zwischenräumen. Die bei der ersten Sitzung bisweilen auftretende starke Blutung werde durch Einspritzen kalten Wassers gestillt. Man müsse den Zeigefinger durch einen dicken, an der Spitze abgeschnittenen Handschuhfinger schützen. SEMON.

18) **Deighton** (Cambridge). **Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. (Adenoid vegetations of the naso-pharynx.)** *Brit. Med. Journal. 17. Januar 1885.*

Zwei gewöhnliche Fälle, der Cambridge Med. Society am 3. December 1884 vorgetragen. Es ist aber als verdienstvoll anzuerkennen, dass der Vortragende auf die Häufigkeit und Wichtigkeit des Leidens grossen Nachdruck legte. SEMON.

19) **Mermod** (Vaud). **Ueber die adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. (Note sur les végétations adénoides du pharynx nasal.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 5. Genève 1885.*

Der kleine Aufsatz giebt einen guten Ueberblick über den Gegenstand. Jedoch

scheint Verf. dem Ref. entschieden zu weit zu gehen, wenn er die Digitaluntersuchung gegenüber der Rhinoscopia poster. absolut verwirft, weil sie die Kinder erschrecke. Es ist allerdings unbestreitbar, dass die Rhinoscopie hier das einzig Richtige ist, wenn sie gehörig ausgeführt werden kann, und jeder Fachmann sollte dieselbe immer zuerst ausgiebig versuchen, bevor er den Finger zu Hülfe nimmt. Diese Untersuchung mit dem Finger tritt aber ebenso unbestreitbar in ihr Recht, wenn in schwierigen Fällen die äusseren Umstände den zur hinteren Rhinoscopie nöthigen Zeitaufwand nicht erlauben.

Bei der Therapie erklärt der Verf. wahrscheinlich mit Recht die gekrümmte Schneidezange, mit welcher vom Mund aus operirt wird, für in allen Fällen genügend, und verwirft er die Operationsmethode mit dem durch die Nase eingeführten Ringmesser als eine rohe. JONQUIÈRE.

20) **Lallemant. Wanderung eines Fremdkörpers des äusseren Gehörganges durch die Trommelhöhle und Eustachische Ohrtrompete in den Nasenrachenraum. (Migration d'un corps étranger du conduit auditif externe dans l'arrière-cavité des fosses nasales par la caisse et la trompe d'Eustache.)** *Gaz. des hôpit. No. 63. 2. Juni 1885.*

Ein 24jähriger Soldat hatte sich beim Fallen ein Steinchen in's linke Ohr gebracht, das nach mehreren missglückten Extractionsversuchen in die Trommelhöhle gerieth und $1^1/_2$ Monate später durch die Nase nach aussen befördert wurde. Es blieb vollständige Taubheit des linken Ohres zurück. E. J. MOURE.

21) **H. M. Wilson. Ein verbesserter „Gaumenhaken". (An improved „palate hook".)** *Philad. Med. News. 4. April 1885.*

Der Haken besteht aus einem Neusilberstreifen, der einen Zoll lang, $^7/_{16}$ Zoll breit ist; $^5/_{16}$ Zoll von seinem Ende ist er in einem Winkel von 95° gebogen. An dem äusseren Ende des kürzeren Schenkels jederseits befindet sich ein kurzer, aufrechter Stiel von $^1/_8$ Zoll Breite, der zwischen ihm und dem langen Schenkel einen tiefen Sulcus lässt, und dessen Spitze nach hinten gekrümmt ist. Seine Ränder sind abgerundet, damit dem Patienten keine Unannehmlichkeiten verursacht werden. Das Ganze ist fest an einen Stab von Neusilber angelöthet und mit einem bequemen Griff versehen. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

22) **R. Bergh** (Kopenhagen). **Zwei seltene Fälle von Pseudo-Parasiten beim Menschen. (To sjoeldne Tilfaelde af Pseudo-Parasiter hos Mennesket.)** *Hospitals-Tidende. No. 22. 1885.*

Von diesen zwei Fällen interessirt der folgende speciell die Leser des Centralblattes:

Er betraf eine 29jährige Bauersfrau, die während einer Woche an Würgen, Kitzeln im Schlund und in der Mundhöhle und vermehrter Speichelabsonderung gelitten hatte. In den letzten Tagen hatte sie im Speichel massenhaft lebendige Würmer, die bisweilen zu erbsengrossen Klumpen zusammengeballt waren, beobachtet. Objectiv wurde nichts Abnormes im Munde gefunden. Die lästigen Sym-

ptome waren in einigen Tagen nach fleissigen Gurgelungen mit chlorsaurem Kali und innerlichem Gebrauche einer Creosotmixtur verschwunden.

Die Würmer waren dem von dem Dänen O. Fr. Müller im Jahre 1774 beschriebenen „Lumbricus terrestris" sehr ähnlich und wurden als Enchytraeusarten (Ench. Buchholzii) von B. aufgefasst. Woher sie kamen, wurde nicht ermittelt. In dem Brunnenwasser, von welchem die Patientin getrunken hatte, waren sie jedenfalls nicht vorhanden. SCHMIEGELOW.

23) **W. D. Miller. Biologische Studien über die Pilze des menschlichen Mundes. (Biological studies on the fungi of the human mouth.)** *Independant Practitioner New-York. VI. p. 227. 1885.*

Das Journal war mir nicht zugänglich. LEFFERTS.

24) **C. W. Allen. Zwei Fälle von Lippenschanker. (Two cases of chancre of the lip.)** *Journal cutaneous and venerial diseases. New-York. III. p. 65. 1885.*

Eine genaue Geschichte der Infection fehlt in beiden Fällen, aber der Autor versichert, dass nach dem Aussehen des Geschwürs an der Lippe die Diagnose leicht gestellt werden konnte. In beiden Fällen (noch in Behandlung befindlich) besteht noch eine leichte Induration an der Stelle der primären Läsion. In beiden Fällen zeigten sich Papeln und andere Secundärsymptome. LEFFERTS.

25) **C. H. Knight. Zungenabscess. (Abscess of the tongue.)** *N.-Y. Med. Record. XXVIII. p. 8, 9. 1885.*

•Ein interessanter Artikel, in welchem ein vollständiges Resumé der Materie gegeben wird mit zahlreichen Citaten aus den Arbeiten der verschiedensten Autoritäten. Ausserdem berichtet er über einen Fall seiner eigenen Praxis. Er erzählt uns, dass die Behandlung des Zungenabscesses, sobald derselbe genau diagnosticirt ist, vollkommen klar ist. Im Entwickelungsstadium scheinen Blutegel, Eis und emolliirende Gargarismen im Stande zu sein, die Krankheit zu coupiren. Tritt starke Schwellung oder Suppuration ein, so sind ausgiebige Incisionen in den Zungenrücken zu empfehlen. Dass hiermit irgend welche Gefahr verbunden wäre, wird fast allgemein verneint. LEFFERTS.

26) **H. B. Sands. Carcinom der Zunge. (Carcinoma of the tongue.)** *New-York Med. Journal. XLI. p. 367. 1885.*

Es handelt sich um einen Fall von Krebsgeschwür der rechten Zungenseite. Zunächst wurden beide Art. lingual. unterbunden, hierauf die Zunge mit einer Zange gefasst und mit der Scheere bis nahe an der Epiglottis abgetragen. Drei Wochen nach der Operation war die Wunde im Mund vollkommen geheilt. LEFFERTS.

27) **F. B. Jersett. Zungenkrebs mit besonderer Berücksichtigung seiner Aetiologie und operativen Behandlung. (Cancer of the tongue with special reference to its aetiology and treatment by operation.)** *Medical Bulletn. Philadelphia. VII. p. 106. 1885.*

Betreffs der Aetiologie werden zunächst die localen Ursachen besprochen, als da sind cariöse und abgebrochene Zähne; äussere Reizquellen: Falsche

Zähne, Rauchen, heisse Dämpfe etc. Hierauf bespricht der Autor die constitutionellen Ursachen, welche die Entwicklung des Zungenkrebses begünstigen. Hierzu rechnet er Syphilis, Phthisis und Heredität. Was die Behandlung anlangt, so gesteht er, dass er nichts Neues mitzutheilen habe, aber er bespricht sehr eingehend die gegenwärtig anerkannten chirurgischen Behandlungsmethoden.

LEFFERTS.

28) **G. W. Cook. Ein Fall von Epitheliom der Zunge und des Pharynx. (Case of epithelioma of the tongue and pharynx.)** *Maryland Med. Journal. XIII. p. 148. 1883.*

Nichts Bemerkenswerthes. LEFFERTS.

29) **Plateau** (Paris). **Beobachtung eines Latero-retro-pharyngeal-Abscesses. (Observation d'abcès latéro-rétro-pharyngien.)** *Soc. méd. de l'Elysée. 13. April 1885. — Journal de méd. de Paris. No. 3. 19. Juli 1885.*

Der 60jährige Patient war nach einer Verkühlung, der er sich ausgesetzt hatte, von Schmerzen, Schwerhörigkeit und Fluss aus dem linken Ohre befallen worden. Zwei Monate später klagte er über zeitweise aussetzende heftige Schmerzen des rechten Ohres. Bei der Untersuchung findet man links eine eitrige Mittelohrentzündung, rechts aber nichts, was die Schmerzen erklären könnte. Nach zwei weiteren Monaten trat rechts eine Anschwellung im Umkreise des Zitzenfortsatzes auf und ein tiefer Einschnitt 3 Ctm. unter diesem und 2 Ctm. hinter dem Kieferwinkel förderte etwas Eiter zu Tage. Bei der darauffolgenden Ausspritzung der Wunde verspürte der Kranke heftige Schmerzen im linken Ohre. Die eingeführte Sonde richtete sich gegen die seitliche Rachenwand. Nach 5 wöchentlicher Behandlung entdeckte man, dass bei der in die Wunde der rechten seitlichen Halsgegend gemachten Einspritzung aus dem linken Ohre mit Eiter gemischte Flüssigkeit herauskomme, ohne dass dieselbe den Pharynx passire. Später ulcerirte eine Stelle der Rachenwand und nun ging von der von aussen eingespritzten Lösung (man hatte sie mit etwas Anilin gefärbt, um eine Täuschung auszuschliessen) ein Theil durch die Ulcerationsöffnung im Rachen und ein Theil durch das linke Ohr. P. nimmt an, dass die ursprüngliche Läsion an der Basis cranii in der Nähe des Felsenbeines sitze, nur sei der Weg sonderbar, den der Eiter genommen hatte, um nach aussen zu gelangen. Der Kranke leidet nebenbei an Cirrhosis hepatis im Stadium der Atrophie. E. J. MOURE.

30) **Walter F. Atlee. Bericht über einen Fall von einem Fremdkörper im Pharynx. Tödtlicher Ausgang, da man versäumt hatte, ihn rechtzeitig zu diagnosticiren und zu entfernen. (Report of a case of foreign body in the pharynx. Death resulting from failure to recognize its presence and to remove it in time.)** *Philadelphia Med. Times. 21. März 1885.*

Es fand sich im Pharynx eine Stecknadel, deren eines Ende zwischen rechter Tonsille und Gaumenbogen, deren anderes in der hinteren Pharynxwand 5 Tage lang steckte. Sie wurde mit der Zange entfernt. Das erschöpfte Kind kam nicht wieder zu sich, sondern starb 24 Stunden nach der Extraction der Nadel. Der zuerst zur Behandlung gerufene Arzt hatte den Hals nicht untersucht, sondern nur Kal. chloric. verordnet. LEFFERTS.

31) **Neukirch** (Nürnberg). **Ein Pulsionsdivertikel des Schlundes.** *Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 36. S. 179. 1885.*

Beschreibung eines Falles, bei dem am bemerkenswerthesten erscheint, dass durch Lagerung auf die rechte Seite die vorher absolut unwegsame Speiseröhre durchgängig wurde. Verf. empfiehlt deshalb in ähnlichen Fällen Lagewechsel.

SCHECH.

32) **Albrecht** (Brüssel). **Ueber die morphologische Bedeutung der Pharynxdivertikel.** Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. *Beiblatt zum Centralblatt für Chirurgie. No. 24. 1885.*

Es giebt beim Menschen 1. dorsale oder epipharyngeale, 2. laterale oder parapharyngeale Divertikel.

Die dorsalen Divertikel sind die von Ziemssen und Zenker beschriebenen Pulsionsdivertikel. Sie haben das gemeinsam, dass der Aditus laryngis, Ad. oesophagi und Ad. ad divert. auf gleicher Höhe liegen. Da bei verschiedenen Säugethieren auf gleicher Höhe normalerweise ein solches Divertikel vorkommt, die sogenannte Rachentasche oder das Coecum oesophageum, so hält Verf. die Pulsionsdivertikel des Menschen für eine atavistische Bildung, welche auf eine den Säugethieren zukommende retropharyngeale Rachentasche zurückzuführen ist. Beim Schweine ist die Rachentasche vom Musc. cricopharyngeus überzogen, in ähnlicher Weise findet sich auch in dem cervicalen Abschnitte des menschlichen Pulsionsdivertikels Muskelgewebe vor.

Die lateralen Divertikel entstehen wie die Fistula colli congen., die congenitalen Hydrocelen, Atherome und Dermoide des Halses aus der sogenannten zweiten postoralen Kiemenspalte. Die parapharyngealen Divertikel liegen medial vom M. sternocleidom., treten zunächst zwischen A. carotis ext. und interna zwischen N. glossopharyngeus und Musc. stylopharyng. hindurch, um schliesslich mit ihrem Ostium pharyng. hinter dem Arc. pharyngopal. zu münden.

Der Zuckerkandl'sche Recessus des menschlichen Pharynx entsteht durch starke Ausbuchtung des Ost. phar. tubae, der Pertik'sche Recessus ist das bei Säugethieren häufig auftretende Coecum pharyngeum. SCHECH.

d. Diphtheritis und Croup.

33) **G. H. Chapman. Diphtherie. Bemerkungen über die Pilztheorie, nebst Bericht einiger Fälle unter Alcoholbehandlung. (Diphtheria. Remarks on the germ theory with report of cases under alcoholic treatment.)** *Chicago med. Journal & Examiner. I. p. 128. 1885.*

Der Autor citirt die Ansichten Oertel's und C. H. Wood's rücksichtlich der Pilztheorie. Da seine Aufmerksamkeit auf den Alcohol als ein antibacterisches Mittel gelenkt worden war, so beschloss er, „den Alcohol in irgend einer Form bei jedem Stadium dieser Krankheit" als seinen Hauptanker zu betrachten. Er giebt ferner Veratr. viride und Opium in dem congestiven Stadium, Ferrum als Tonicum während der Reconvalescenz, wenn nöthig; Gegenreize oberhalb der Tonsillen etc.

LEFFERTS.

34) **S. J. Murray. Behandlung der Diphtherie mit Calomel. (Diphtheria and its treatment by calomel.)** *Gaillard Med. Journal. New-York. XLI. p. 30.*

M. giebt das Calomel trocken, weil es auf diesem Wege mehr oder weniger sich auf und um die diphtheritische Membran lagert, dieselbe auflöst und ihre Weiterverbreitung verhütet. Er hat niemals nach Entfernung der Membran eine Hämorrhagie gesehen, noch eine Neubildung der Membran. Calomel wirkt in grossen Dosen als ein Sedativum, indem es weder Mercurialismus, noch irgend welche unangenehme Nachwirkungen hervorruft. LEFFERTS.

35) **A. B. Anderson. Sublimat gegen Diphtherie. (The bichloride of mercury in the treatment of diphtheria.)** *Peoria Med. Month. V. p. 610. 1884—1885.*

Das Journal war mir nicht zugänglich. LEFFERTS.

36) **P. O. Wagener. Mauerpfeffer gegen Diphtherie. (Sediun acre in diphtheria.)** *Therapeutic Gaz. Detroit. 3. S. L. p. 449. 1885.*

Der Werth dieses Mittels besteht nicht sowohl darin, dass es eine specifische Wirkung auf die Heilung der Diphtherie hat, als vielmehr darin, dass es die Pseudomembran auflöst und so den Tod durch Suffocation verhütet. Es ist daher zwecklos, dieses Mittel im ersten Stadium der Diphtherie zu geben. Man soll es erst dann in Anwendung ziehen, sobald sich Pseudomembranen gebildet haben. Hier ist seine locale Application von sehr befriedigender Wirkung. Es wird als Fluid extract gegeben, auch, nach des Autors Vorschlag, in Combination mit Terpentinspiritus, Acid. lactic. und dem Fluid extract von Aconit. LEFFERTS.

37) **G. E. Gorham. Brominhalationen gegen Croup. (Bromic inhalations in croup.)** *Albany Med. Ann. VI. p. 85. 1885.*

Der Autor hat Vertrauen zu dem Bromspray in allen Croupformen, ausgenommen die Larynxdiphtherie. Das Brom wird mit dem Dampfzerstäuber angewandt und zwar 5 Tropfen auf 30,0 Aq. 3 Minuten lang, alle 10—15 Minuten wiederholt, bis Besserung erzielt ist. Man muss dafür Sorge tragen, das Brom aus dem Zimmer des Patienten zu entfernen, damit er nicht von den reizenden, trockenen Dämpfen belästigt wird. LEFFERTS.

38) **R. B. Boutecou. Behandlung der Diphtherie durch frische Luft. (Open-air treatment of diphtheria.)** *Journal Am Med. Assoc. IV. p. 671. 1885.*

Die Ansichten des Autors sind beängstigend. Er behauptet, dass die Patienten beständig in frischer Luft sein sollen. „Das Dach des Hauses kann bisweilen nutzbar gemacht werden, indem man das Bett durch ein improvisirtes Zelt schützt." Man besiegt dadurch die Furcht vor Erkältung und erreicht ebenso viel, wenn nicht mehr, indem man die Kranken der Luft aussetzt, als durch Medicin.

Seine medicinische Behandlung ist antiseptisch, stimulirend und sehr kräftigend. LEFFERTS.

39) **F. A. Morrison. Schwefel-Insufflationen gegen Kehlkopfdiphtherie. (Sulphur insufflations in the treatment of intralaryngeal diphtheria.)** *Indiana Medical Journal. III. p. 191. 1884—1885.*

Verf. empfiehlt dringend obige Therapie in geeigneten Fällen. (Er berichtet einen glücklichen Fall.) Er meint, dass sie mit den anderen acceptirten Behandlungsmethoden nicht collidire, und dass er grossen Nutzen davon gesehen habe.

LEFFERTS.

40) **J. W. Moore. Therapie der Diphtherie. (The therapeutics of diphtheria.)** *Trans. New-York Med. Assoc. 1884. New-York. I. p. 75. 1885.*

Der Artikel bespricht die allgemein acceptirten Behandlungsmethoden, ohne etwas Neues hinzuzufügen.

LEFFERTS.

41) **J. W. Spicer. Tracheotomie bei Croup und Diphtherie. (Tracheotomy in croup and diphtheria.)** *Cincinnati Med. News. XIV. p. 361. 1885.*

Das Journal war mir nicht zugänglich.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

42) **F. P. Blake. Stammeln, ein Reflexsymptom. (Stammering a reflex symptom.)** *St. Louis Cour. Med. XIII. p. 278. 1885.*

Der Autor ist der Ansicht, dass in einem Falle, welchen er berichtet (Kind von 3 Jahren), das Stottern durch den Druck eines Schuhes bedingt gewesen sei und meint: „Hier ist ein Gebiet zum Erforschen" (sic).

LEFFERTS.

43) **G. L. Magruder. Pertussis, behandelt mit Goldchlorid und Chlornatrium. (Pertussis treated by chloride of gold and sodium.)** Washington. 1885. 5 p. 8°. Separat-Abdruck aus dem *Amer. Journal obstetrics. 1885.*

Der Titel bezeichnet zugleich den Inhalt.

LEFFERTS.

44) **J. M. Keating. Bemerkungen zur Therapie des Keuchhustens. (Remarks on the treatment of hooping cough.)** *Philadelphia Med. Times. XV. p. 799. 1884—1885.*

Anwendung eines Spray aus Bromammonium, Bromkali und Tinct. bellad. Nachts zum Schlafen Bromkali c. Chloralhydrat; am Tage Chinin.

LEFFERTS.

45) **A. L. Prevost. Ein Kragenknopf in der Trachea. (A collar button in the trachea.)** *Pacific Med. Surg. Journal. XXVIII. p. 205. 1885.*

Es wurde tracheotomirt, die Trachea explorirt, aber ohne Erfolg. Man liess die Wunde sich schliessen. Nach ungefähr 5 Jahren hustete Patient den Knopf aus.

LEFFERTS.

46) **M. C. Wyatt. Tracheotomie. Ein Fall. (Tracheotomy. Case.)** *Weekly med. Review. Chicago. XI. p. 399. 1885.*

Nichts von Bedeutung.

LEFFERTS.

47) **Richard Rosenthal** (Berlin). **Die Tracheotomien auf der Kinderabtheilung.** *Charité-Annalen. X. Jahrgang. 1885.*

Das Material umfasst 128 Tracheotomirte; davon kommen auf Diphtherie 103, auf Croup 25. Heilungen treffen auf erstere 10,74 pCt., auf Croup 20,4 pCt. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die Operation bei Kindern unter zwei Jahren äusserst ungünstige Resultate giebt. Als Indication zur Operation gilt continuirliche Dyspnoe, nicht ein einmaliger Suffocationsanfall; durch Abwarten gelang es dem Verf., 15mal die Tracheotomie zu ersparen, die bei Diphtherie durchaus keine solche Bagatelle ist, für die sie oft erklärt wird. Bei der grossen Gefahr, mit der die Diphtherie das Herz bedroht, will Verf. das Pilocarpin, sowie das Apomorphin vermieden wissen, ebenso jede schwächende Therapie. Die Canüle soll baldigst entfernt und die ersten Versuche dazu sollen schon nach 3 bis 5 Tagen gemacht werden. Details lese man im Original.

SCHECH.

48) **J. Boeckel** (Strassburg). **Bericht über 85 Fälle von Tracheotomie, ausgeführt mittelst des Thermocauters von Paquelin. (Note sur 85 cas de trachéotomie pratiquées à l'aide du thermo-cautère de Paquelin.)** *Mémoires de la soc. de méd. de Strasbourg. Tome XXI. 1885.* Strassburg. Schultze & Comp.

B. erklärt sich als Partisan der unblutigen Durchtrennung mit Hilfe des Thermocauters. Doch macht er den Haut- und den Trachealschnitt mit dem Bistouri. Der Thermocauter darf nur zur Noth rothglühend sein, wenn man jede Blutung vermeiden will. Er kann auch beim Kinde angewendet werden. Eine Nachblutung ist nicht zu befürchten, desgleichen nicht eine consecutive Verengerung der Trachea. — B. giebt eine genaue Schilderung des Operationsverfahrens, macht auf die eventuell eintretenden Complicationen aufmerksam und lässt zum Schlusse eine Tabelle von 61 neuen Beobachtungen von Tracheotomie folgen, auf Grund welcher er zu oben der ausgesprochenen Ansichten gelangte. E. J. MOURE.

49) **Phélippeaux. Brief des Dr. Phélippeaux an Dr. Léon Desguin bezüglich seines Aufsatzes über „Einzeitige Tracheotomie etc." (Lettre du docteur Phélippeaux au docteur Léon Desguin à propos de son mémoire intitulé: Trachéotomie en un temps etc.)** *Annales de la Société de Médecine d'Anvers. Livraison de Janvier et Février. 1885.*

Brief, in welchem der Autor weitläufig auseinandersetzt, dass das Originale, Neue und Practische seines Tracheotoms darin bestehe, dass man in einem handlichen und leicht construirbaren Griffe, eine Klinge zur Eröffnung der Trachea, einen Dilatator zu deren Klaffenmachung und ein Gorgeret zur Leitung der einzuführenden Canüle vereinigt finde.

BAYER.

50) **N. P. Dandridge. Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *Cincinnati Lancet and Clinic. 10. Januar 1885.*

Ein Bericht über 8 gewöhnliche Fälle. Die Operationen wurden aus den verschiedensten Gründen gemacht.

LEFFERTS.

51) **Reginald Harrison** (Liverpool). **Selbstmordswunde am Halse, behandelt mittelst der Tracheotomie und Anlegung tiefer Nähte. Bemerkungen. (Suicidal wound of neck treated by tracheotomy and the insertion of deep sutures; remarks.)** *Lancet. 9. Mai 1885.*

Sehr eingehende Beschreibung der Verletzung und der zu ihrer Heilung unternommenen Massregeln. Der mittelst eines Rasirmessers unternommene Selbstmordversuch war mit grosser Energie ausgeführt worden; der Schnitt verlief am oberen Rande des Schildknorpels, von welchem alle Weichtheile abgelöst waren, trennte die Epiglottis völlig vom Rest des Kehlkopfs und legte den Pharynx weit offen. Bei Schluckversuchen trat der Schildknorpel vorn ganz aus der Wunde heraus. Nach vorgängiger Tracheotomie wurden die separirten Theile mit Silbernähten vereinigt, und nach erfolgter Heilung (ein Fistelgang, der in den Pharynx führte, erforderte eine Nachoperation) der Pat. 2 Monate später entlassen. (Der Fall ist von Mr. Pierson, einem Assistenten H.'s mitgetheilt; nur die Epicrise stammt von letzterem direct.) SEMON.

52) **Gentilhomme** (Reims). **Neues Verfahren bei Ausführung der Crico-Tracheotomie vermittelst eines eigenen Instrumentes, das zu gleicher Zeit als Leitsonde und als Dilatatorium dient und das ich dilatirende Hohlsonde nenne. (Nouveau procédé de crico-trachéotomie, à l'aide d'un instrument particulier, conducteur et dilatateur à la fois, que j'appelle sonde cannelée dilatatrice.)** *Union méd. et scientif. du Nord-Est. No. 1. 15. Januar 1885.*

Das Instrument stellt eine Modification des alten Dilatatoriums dar. Die erweiternden Branchen sind viel länger, dünner und tragen an ihrer concaven Seite eine Rinne, die bei der gelenkigen Verbindung des Instrumentes beginnt und $^1/_2$ Ctm. vom Ende entfernt endet.

Die Operation wird in 6 Zeiten ausgeführt:

1. Incision der Weichtheile vom unteren Schildknorpelrande 3 Ctm. nach abwärts.
2. Einstich ins Ligamentum conicum vermittelst einer eigenen Lanzette.
3. Einführung der dilatirenden Leitsonde durch die gemachte Oeffnung in die Trachea.
4. Incision des Ringknorpels und der oberen Trachealringe mittelst eines Knopfbistouris, das man längs der Hohlsonde gleiten lässt.
5. Auseinanderdrängen der Wundränder mittelst der nun als Dilatatorium wirkenden Sonde und Offenhalten vermittelst einer Stellschraube.
6. Einführung der Canüle.

Der Autor, der dieses Operationsverfahren mehrmals am Cadaver und einmal am Lebenden gemacht hat, rühmt dessen kurze Dauer und dessen leichte und sichere Durchführbarkeit. Die einzige Schwierigkeit biete nur der Einstich ins Ligamentum conicum. E. J. MOURE.

53) **H. Birnbaum** (Darmstadt). **Beitrag zur Statistik der Tracheotomien.** *Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 31. Heft 2. 1884.*

Verf. vertheidigt die Operation ohne Narcose und die möglichste Kürze des Hautschnittes, da eine kleine Wunde der diphtheritischen Infection weniger aus-

gesetzt sei; er befindet sich hierbei in offenbarem Widerspruche mit anderen Operateuren (z. B. König). Die verwendeten Canülen sind nach einem Modell von Bose verfertigt, aus Silber oder Neusilber. Von 140 Tracheotomirten starben 93 = 66,42 pCt; es genasen 47 = 33,58 pCt. Die grösste Häufigkeit war im Februar, dann December und Januar, die geringste im Juli. Unter den Complicationen waren namentlich Masern und Scharlach vertreten; zweimal traten starke Nachblutungen auf, eine aus der Trachea, welche tödtlich verlief; Schluckpneumonien wurden zwei beobachtet; Granulationen in der Trachea sah Verf. nicht. In 27 secirten Fällen wurde Croup resp. Diphtherie der feineren Bronchien constatirt. Die Details sind im Original nachzulesen. SCHECH.

54) **Desguin** (Anvers). **Mittheilung einiger Tracheotomien. Ueber den Vortheil möglichst kurzer Trachealeinschnitte. (Relation de quelques opérations de trachéotomie. De l'utilité des incisions trachéales aussi courtes que possible.)** *Société de médecine d'Anvers. Séance du 27. Mars 1885. Annales de la Société d'Anvers. Mars 1885.*

Diese Mittheilung von 4 Fällen von Tracheotomie hat den Zweck, die Unbrauchbarkeit des Phélippeaux'schen Tracheotoms zu beweisen und den Vorzug des Desguin'schen hervorzuheben, mit welchem man im Stande sei, die Trachealincision gerade so gross zu machen, als es der Diameter der Canüle erheische. Der dadurch gewonnene Vortheil bestehe erstens darin, dass man einen möglichst sauberen Verband anlegen könne durch Verhinderuug der Verunreinigung der Wunde durch Tracheal- und Bronchialsecret, und zweitens dass dadurch eine bessere Fixirung der Canüle erreicht werde, was das lästige Reiben des Canülenendes in der Trachea vermindere und dadurch Ulcerationen verhindere. Schliesslich hinterlasse ein kleiner Einschnitt eine kleine Narbe! Er hoffe in Kürze die Discussion des auszuführenden Trachealschnittes je nach der Nummer der Canüle in Millimetern bestimmen zu können, da die bis jetzt gebräuchliche Sitte, die einzuschneidenden Ringe abzuzählen, mangelhaft sei! BAYER.

55) **Desguin** (Anvers). **Brief des Dr. Léon Desguin an den Dr. Phélippeaux von St. Savinien betreffs der Tracheotomie mit Dilatator-Conductorhandgriff. (Lettre du docteur Léon Desguin au docteur Phélippeaux de St. Savinien à propos du trachéotome à manche dilatateur-conducteur.)**

Wiederholung der Kritik des Phélippeau'schen Instruments durch D., über die schon ein paar Mal referirt wurde! (cfr. No. 49.) Polemik. BAYER.

56) **Castelain. Doppelhaken für die Tracheotomie. (Ténaculum double pour la trachéotomie.)** *Bulletin méd. du Nord. No. 2. Februar 1885.*

Das Instrument ist eine Modification des v. Langenbeck'schen dilatirenden Doppelhakens. E. J. MOURE.

57) **W. Kiesselbach** (Erlangen). **Canüle, angewendet zur Behandlung eines Falles von Granulationsstenose des Kehlkopfes (nach Diphtheritis) mit nachträglicher Faltenbildung an der hinteren Wand.** *Illustrirte Monatsschrift der ärztl. Polytechnik. Bern. Januar 1885.*

Man stelle sich eine gewöhnliche Trachealcanüle mit Platten vor, die anstatt

bogenförmig stumpfwinklig geformt und an der Convexität dieses Winkels rund ausgeschnitten ist. Auf dem horizontalen Ast dieser Canüle liegt genau angepasst ein Halbrohr auf, welches hinten am Winkel der Trachealcanüle in ein Kehlkopfrohr nach oben umschlägt und mit einer hufeisenförmigen Platte an der Hauptplatte des Instrumentes befestigt wird. Das aufsteigende und das absteigende Rohr passen genau auf einander und bilden mit einander einen nach hinten offener, sehr stumpfen Wiukel. Zuerst wird der für den Kehlkopf bestimmte Theil des Instrumentes eingeführt und dann darunter der Trachealtheil eingeschoben.

Das Instrument ist einfach und scheint recht zweckmässig zu sein.

JONQUIÈRE.

58) **R. W. Parker** (London). **Ueber einige Complicationen der Tracheotomie mit illustrirenden Fällen. (On some complications of tracheotomy with illustrative cases.)** *Lancet. 24. u. 31. Januar u. 7. Februar 1885.*

Die Ausführungen dieser vorzüglichen Arbeit sind der zweiten Auflage der Monographie des Verf.'s: „Tracheotomy in Laryngeal Diphtheria etc.", London, H. K. Lewis, 1885, einverleibt worden, über welche das Centralblatt eine ausführlichere Besprechung in der December-Nummer 1885 gebracht hat. SEMON.

59) **Biedert. Pädiatrische Mittheilungen aus dem Bürger-Spital zu Hagenau.** Veröffentlicht von G. Sigel. *Archiv für Kinderheilkunde. Bd. VI. 1884—1885.*

I. Eine neue Art tödtlichen Unglücksfalles nach Tracheotomie.

Nach Ausräumung der Trachea mit dem elastischen Catheter plötzliches Sistiren der Athmung und Tod. Die Section ergab geballte Membranen vor der Bifurcation liegend. Verf. empfiehlt deshalb Vorsicht bei der Handhabung des sonst so nützlichen Catheters.

II. Drei Hasenscharten-Operationen mit künstlicher Blutleere.

Die Blutleere wurde erzeugt durch Anlegen von Schieberpincetten zu beiden Seiten des Spaltes, wodurch die A. coronar. labii sup. comprimirt wurde. Als Vortheile dieser Operationsmethode erwähnt Verf. folgende:

1. Anfrischung und Nähte lassen sich viel exacter und mit grösserer Ruhe ausführen;
2. das Kind kann während der Operation in derselben Lage erhalten werden, da das Einfliessen von Blut wegfällt;
3. verliert das Kind so gut wie kein Blut;
4. ist ein Assistent weniger nöthig und genirt
5. der beim gewöhnlichen Verfahren die Coronararterien comprimirende Assistent sehr.

SCHECH.

60) **G. Eustache. Beobachtung einer Trachealfistel, herrührend von einer vor 15 Jahren ausgeführten Tracheotomie; Operation; Heilung. (Observation de fistule de la trachée, consécutive à une trachéotomie datant de 15 ans; opération; guérison.)** *Journal des scienc. méd. de Lille. No. 9. 5. Mai 1885 und Revue méd. franç. et étrang. No. 20. 16. Mai 1885.*

Der 19jähr. Patient war im Alter von 4 Jahren wegen hochgradiger Athem-

noth, deren Ursache nicht ermittelt wurde, tracheotomirt worden. Die Athemnoth war zwar unmittelbar nach gemachter Tracheotomie geschwunden, aber die Canüle musste längere Zeit beibehalten werden. Im 8. Jahre verstopfte man versuchsweise die Canüle und wiewohl keine Respirationsbeschwerden sich hierbei zeigten, liess man sie dennoch bis zum 14. Lebensjahre, also volle 10 Jahre liegen. Während der letzten 5 Jahre nun blieb die Trachealöffnung klaffend. Sie sass in der Höhe des 1. und 2. Trachealringes. Die Fistel war kreisrund, trichterförmig und hatte in der Tiefe einen Durchmesser von 9 Mm. Sie war mit einer dünnen Hautschicht ausgekleidet, die erst in der Trachea auf die Schleimhaut überging. — War der Hals gestreckt, so blieb die Fistel offen und der In- und Exspirationsluftstrom ging durch dieselbe, daher fast vollständige Aphonie. War der Hals dagegen gebeugt, so verdeckt sie der Ringknorpel zum Theil und bei forcirter Phonation wurde sie für Augenblicke ganz verlegt. Da, wie ein Versuch lehrte, eine längere Verstopfung der Fistel ohne weiteres vertragen wurde und dem Pat. die Sprache wiedergab, so wurde zur Operation geschritten, die in Anfrischung der Fistelränder, in grösserer Ausdehnung und im Anlegen mehrerer Nähte bestand. Heilung bis auf ein leichtes Vorgebauchtwerden der Haut während forcirter Exspiration.
E. J. MOURE.

61) **J. H. Packard. Tracheotomie ohne Canüle.** *Medical Record. Vol. 27. No. 23. 6. Juni 1885. p. 638. — Annual Session of the Med. Soc. of the State of Pennsylvania.*

Der Autor verwirft die Tracheotomiecanülen, indem er sich auf Martin's Vorschlag, sich ihrer zu entledigen, bezieht (Abhandlung in „Trans. Amer. Med. Assoc.", 1878). Er theilt ausführlich seine eigenen Versuche mit, die Canüle durch einen Drahtrahmen oder Retractor zu ersetzen. Er wies auf Haarnadeln und andere Retractoren hin; auf die Schwierigkeit der seitlichen Spannung; auf eine Modification des Augendilatators zu diesem Zweck, auf Passavant's Artikel; auf verschiedene Formen, die nach Versuchen und Experimenten an Leichen vorgeschlagen wurden und gestand schliesslich, dass ein vollkommener Ersatz für die Canüle noch ein pium desiderium sei und schrieb dem älteren Pancoast das Verdienst zu, zuerst die Canüle verworfen zu haben.

Pancoast meinte, dass die Tracheotomiecanülen unnöthig und nachtheilig seien. Die Trachea sei selbst eine Röhre, und wenn man sie incidire, so solle man die Wunde durch eine absteigende innere Röhre offen erhalten.

H. Smith sprach sich im Sinne des Autors aus und meinte, dass er mit Pancoast seit 30 Jahren die Canüle verworfen habe.
LEFFERTS.

62) **Hüpeden (Hannover). Zur Entfernung der Canüle nach der Tracheotomie.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 27. S. 429. 1885.*

Beschreibung und Abbildung eines Instrumentes, welches die Zuheilung des Wundcanals verhindert, ihn aber luftdicht verschliesst, und welches statt des die Canüle verschliessenden Pfropfens angewendet werden soll, wenn man nur versuchsweise die Canüle entfernen will.
B. FRAENKEL.

63) **O. Fräntzel** (Berlin). **Unterhaut-Emphysem bei Erkrankungen des Respirationsapparates.** Vortrag im Verein für innere Medicin. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 11. S. 161. 1885.*

Aus diesem Vortrage sei hier erwähnt, dass Verf. bei Verletzungen des Kehlkopfs, wenn die äussere Hautwunde wieder geschlossen war oder die Haut unverletzt blieb, und viermal bei tuberculösen Ulcerationen des Kehlkopfs Unterhaut-Emphysem sah.

Durch diese Mittheilung veranlasst, theilt Spiering (Halberstadt) in demselben Blatte No. 13, S. 206 Beobachtungen von Unterhaut-Emphysem nach einem Querriss des Ligam. cricothyreoideum medium und nach einer Tracheotomie mit, die gleich nach der Operation durch die Naht geschlossen wurde. B. FRAENKEL.

f. Schilddrüse.

64) **H. B. Sands. Drei Fälle von hypertrophischer Struma. (Three cases of hypertrophic goitre.)** *Weekly med. Review. Chicago. XI. p. 394. 1885.*

Eine klinische Vorlesung, die sich auf drei gewöhnliche Fälle stützt. Es werden alle bekannten Behandlungsmethoden einer Besprechung unterzogen und kritisirt, ohne dass jedoch etwas Neues zu Tage gefördert wird. LEFFERTS.

65) **D. W. Graham. Ein Fall von Struma mit Respirationsbeschwerden; Tracheotomie; einige Bemerkungen über Tracheotomiecanülen; Vorstellung des Pat. und Demonstration von modificirten Canülen zur Tracheotomia inferior. (A case with obstruction; tracheotomy; some observations on tracheal tubes; exhibition of patient aud modified tubes for low tracheotomy.)** *Journ. Am. Med. Assoc. IV. p. 259. 1885.*

Die Schilddrüse des $13^{1}/_{2}$jährigen Patienten war nicht sehr geschwollen, weich und symmetrisch. Trotzdem sie an Umfang nicht zunahm, stellten sich Respirationsbeschwerden und deutliche Dyspnoëanfälle ein, besonders des Nachts. (Zur Erklärung dieses Factums nimmt Verf. an, dass das Schilddrüsengewebe anomal vertheilt sei, so zwar, dass ein Theil des Isthmus hinter der Trachea lag, wodurch diese zwischen zwei Gewebspartien eingepresst wurde.) Da die Dyspnoëanfälle immer häufiger sich zeigten, so wurde die Trachea eröffnet, indem man das Ligam. cricothyreoid. und den Ringknorpel durchschnitt. Als aber dadurch keine Besserung der Respirationsbeschwerden erzielt wurde, machte man unmittelbar darauf die tiefe Tracheotomie. Die Hindernisse, auf welche er hierbei, wie gewöhnlich, stiess, werden genau beschrieben. Da die gewöhnliche Tracheotomiecanüle wegen der Tiefe und des Winkels der Wunde sich ganz unbrauchbar erwies, so ging der geniale Autor daran, verschiedene, augenblicklich nothwendige Veränderungen vorzunehmen, bis er schliesslich eine Modification der Durham-schen Canüle herstellte, welche seinen Absichten entsprach. Ein Bericht über diese Modification, welche hauptsächlich die Gestalt betraf, findet sich in dem Originalartikel. LEFFERTS.

66) **C. E. Webster. Carcinom der Schilddrüse. (Malignant disease of the thyroid gland.)** *Weekly Med. Review. Chicago. XI. p. 176. 1885.*

Patientin war eine Frau von 60 Jahren. Der Tumor entwickelte sich in einem

Lappen der Schilddrüse und breitete sich schnell auf die benachbarten Drüsen und Gewebe des Halses aus. Es wurde nicht operirt; Patientin starb an Erschöpfung. Mikroscopisch war der Tumor schwer von einer benignen Geschwulst desselben Organs zu unterscheiden (sic). LEFFERTS.

67) **A. D. Rockwell. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *N.-Y. Med. Record. XXVII. p. 471. 1885.*

1. Beachtung der Diät und der Hygiene.
2. Innere Medication (Eisen, Zink, Digitalis, Ergotin).
3. Electricität (constanter Strom). LEFFERTS.

68) **W. Hale White** (London). **Ein Fall von Myxoedem mit Obductionsbericht. (A case of myxoedema with a post-mortem examination.)** *Brit. Med. Journal. 28. Februar 1885.*

Vortrag und Demonstration der mikroscopischen Präparate in der Clinical Society of London am 13. Februar 1885. — Des Falles wird hier Erwähnung gethan, weil der Vortragende auf Grund seiner sorgfältigen mikroscopischen Untersuchung zu der Ueberzeugung gekommen war, dass Atrophie der Schilddrüse die Ursache des Leidens, und alle sonstigen Veränderungen secundärer Natur seien. Der Befund in der Schilddrüse war folgender: Nur Ueberbleibsel der drüsigen Elemente waren eben noch zu erkennen; diese Ueberbleibsel enthielten viel epithelialen Detritus; das Bindegewebe war degenerirt und geschwollen aussehend; hier und da waren Anzeichen leichter Entzündung vorhanden. — In der Discussion, an der sich die Herren Victor Horsley, E. de Havilland Hall, Hadden, O'Connor, Carrington, Goodhart und der Ref. betheiligten, drückte letzterer seine Freude aus, dass die von ihm zuerst vertretene Anschauung: dass nämlich Myxoedem, Cachexia strumipriva und Cretinismus nur verschiedene Phasen eines und desselben Processes darstellten, der durch den Ausfall der Function der Schilddrüse bedingt sei (vgl. Anmerkung zum Referat 68 der No. IX. des Centralblatts, Jahrgang I.) — durch das Experiment wie durch pathologisch-anatomische Beobachtung fortwährend neue Stützen gewönne; er betonte aber, dass wir mit dieser Anschauung hinsichtlich der Pathologie des Myxoedems nur einen Schritt weiter gekommen seien, da nunmehr die Frage vorliege: welches sei der Grund der Atrophie, resp. Degeneration der Schilddrüse? — Es sei wahrscheinlich, dass das erste Stadium des myxoedematösen Processes in Gehirnanämie bestehe, deren Existenz die Initialsymptome erklären würde, und dass die Atrophie der Schilddrüse ein Resultat dieser Anämie sei. Zweifellos bildeten geistige Erregungszustände trüber Natur einen wichtigen, excitirenden Factor in der Kette der Ereignisse. — Hiergegen wandte Carrington ein, dass man noch weiter werde gehen und fragen müssen, welches der Grund der Gehirnanämie sei? Dass letztere an sich nicht genüge, die weitere Symptomenkette zu erzeugen, gehe aus der Thatsache hervor, dass bei den schwersten anämischen Zuständen, wie bei perniciöser Anämie, myxoedematöse Symptome fehlten. — Im Uebrigen drehte sich die Debatte um Fragen, welche den Interessen dieses Blattes ferner liegen.

SEMON.

69) **F. D. Drewitt** (London) **u. Andere. Myxoedem.** *Medical Press & Circular. 4. März 1885.*

Weder die von Drs. Drewitt, Larder und Atkinson in der Sitzung der West London Medico-Chirurgical Society am 6. Februar 1885 mitgetheilten Fälle, noch die sich anschliessende Discussion, an der die Herren Alderson, Hadden, Lunn, Dunn, Good, Thudichum, Benham und der Ref. theilnahmen, förderte viel Bemerkenswerthes zu Tage. Erwähnenswerth ist nur, dass Dr. Hadden berichtete, er habe im letzten Sommer über 200 Cretins in Schweizer Anstalten gesehen, und gefunden, dass Cretins mit mässiger Intelligenz von myxoedematösen Patienten kaum unterscheidbar seien, sowie dass Dr. Good einer Familie Erwähnung that, in welcher ein Mitglied an Myxoedem, ein zweites an Basedow'scher Krankheit litt, ein drittes irrsinnig war. (Der Bericht über die Discussion in der Med. Press and Circular ist vielfach ungenau. Ref.) SEMON.

70) **C. Kaufmann** (Zürich). **Die Cachexia strumipriva.** Nach einem Referat des Verf.'s. *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. No 8. Basel, 1885.*

K. entwirft in seinem Aufsatze zuerst das bekannte Bild der Krankheit und erklärt nach Besprechung der verschiedenen Theorien diejenige von Kocher als relativ die beste, nach welcher die Cachexie von der ungenügenden Luftzufuhr durch die erweichte und verengt gebliebene Luftröhre herrührt. Gegenüber der hier ebenfalls angeführten Ansicht von Baumgärtner, dass die Verengerung der Luftwege bei den betreffenden Patienten durch Lähmung der Glottiserweiterer bedingt sei, kann Ref. seinerseits hervorheben, dass dem jedenfalls bei den Kocher'schen Fällen nicht so war, indem er die Mehrzahl derselben selbst laryngoscopirt und bei keinem einzigen eine Innervationsstörung an den Stimmbändern gesehen hat.

Verf. kann, nachdem er eingehend die Parallele des Myxoedems gezogen hat, auf Grund der pathologisch-anatomischen Unterschiede absolut keine genetische Beziehung zwischen den beiden Krankheiten finden. Die zwei bekannten Fälle von Idiotismus mit congenitalem Mangel der Schilddrüse glaubt er ebenfalls der Cachexia strumipriva nicht zu nahe stellen zu dürfen. Als letzte Parallele erwähnt er auch die Beziehungen von Kropf und Cretinismus und die Arbeit von Hilton Fagge, nach welcher Atrophie oder Fehlen der Schilddrüse in Kropfgegenden stets mit sporadischem Cretinismus verbunden sei, während Kropf gegen denselben absolut schütze.

Am Schlusse erklärt K. die Totalexstirpation der Schilddrüse nur bei absoluter Lebensgefahr durch rasch wachsende Strumen, oder bei malignen Kröpfen, bei welchen die ganze Schilddrüse entartet ist, für zulässig. JONQUIÈRE.

71) **Hodgkinson** (Manchester). **Sporadischer Cretinismus. (Sporadic cretinism.)** *Brit. Med. Journal 18. April 1885.*

Demonstration dreier Fälle von sporadischem Cretinismus (Geschwister) vor der Manchester Medical Society am 4. März 1885. Zwei der Patienten hatten immense Kröpfe. Ein Grund für die Entwickelung des Leidens war „absolut nicht zu ermitteln, ausser dass die Mutter einen geringen Grad von Völle des Halses in der Gegend der Schilddrüse“ hatte. SEMON.

72) **Sydney Phillips** (London). **Ein Fall von sporadischem Cretinismus. (A case of sporadic cretinism.)** *Brit. Med. Journal. 2. Mai 1885.*

Demonstration des Pat. vor der Clinical Society of London am 24. April 1885. Gewöhnliche Symptome. Fehlen der Schilddrüse. In seiner Arbeit schliesst sich Ph. den vom Ref. entwickelten Ansichten über die Identität von Cretinismus, Myxoedem und Cachexia strumipriva an. (Vergl. Jahrg. I., Anmerkung S. 302.

SEMON.

g. Oesophagus.

73) **Ross. Carcinom des Oesophagus, Strictur erzeugend. (Malignant disease of the oesophagus, causing stricture.)** *Canada Med. Surg. Journal. XIII. p. 495. 1884—1885.*

Geschichte eines Falles bei einem 54jährigen Patienten. Keine Behandlung. Tod.

LEFFERTS.

74) **H. C. Holton. Silberdollar im Oesophagus; Extraction. (Silver dollar in the oesophagus; extraction.)** *Peoria med. Monthly, VI p 85. 1885.*

Das Geldstück sass an der Stelle, wo der Oesophagus durch das Diaphragma hindurchtritt und wurde mit der Zange herausbefördert.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Besprechungen.

Verhandlungen der laryngologischen Section der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg.

(18 bis 23. September 1885.)

Nachdem die Section constituirt und als Vorsitzender Prof. Schnitzler (Wien) gewählt war, leitete Herr Dr. Betz (Mainz) die Arbeiten ein durch Demonstration eines pathologisch-anatomischen Präparates.

Eine 34jährige Frau litt seit mehreren Monaten an dyspnoischen Anfällen, die inmitten vollständig freier Respiration eintraten und nach kurzer Zeit verschwanden. Die physikalische Untersuchung blieb erfolglos; und der Zustand wurde lange für einfaches Asthma gehalten. Als nach längerer Zeit die Anfälle an Intensität und Häufigkeit zunahmen, wurde Ref. zugezogen, konnte aber bei der einmaligen Untersuchung im Larynx und im oberen Theil der Trachea nichts Pathologisches auffinden. Die Bifurcation kam dabei nicht zu Gesicht.

Vor Wiederholung der Untersuchung starb Pat. im Anfall.

Bei der Autopsie fand sich an der linken Seite des Bifurcationssporns ein grosser, etwa 5Ctm. langer Polyp, dessen kleinere Hälfte in dem linken Bronchus, die grössere nach oben in der Trachea gelegen war. Letztere hatte offenbar die Erstickung herbeigeführt. In Ruhelage lag dieser Theil offenbar im rechten Bronchus. Da dadurch beide Bronchen gleichmässig stenosirt waren, fehlten bei der Untersuchung deutliche Anhaltspunkte.

Bei rechtzeitig gestellter Diagnose wäre es vielleicht möglich gewesen, nach vorausgeschickter tiefer Tracheotomie und ausgiebiger Eröffnung der Trachea einen Spiegel in dieselbe einzuführen und unter dessen Leitung mit der galvanocaustischen Schlinge den Polypen zu exstirpiren. Ein ähnliches Verfahren wäre vielleicht auch bei tief festsitzenden Fremdkörpern ausführbar. — Der Tumor ergab sich mikroskopisch als ein Fibrom.

Herr Schmithuisen (Aachen) berichtet über 2 Fälle von Höhlenbildung in der mittleren Nasenmuschel mit stinkendem Ausfluss.

In den beiden Fällen bestand die Krankheit seit 8—10 Jahren mit mässiger Schmerzhaftigkeit in den Backenknochen, ohne Schwellung derselben. Die mittlere Muschel war in ihrem vorderen unteren Theil polypös entartet: erst nach Fortnahme dieser Auswüchse war zur Muschel vorzudringen, welche die ganze obere Hälfte des Nasenraumes ausfüllte und die untere Muschel verdrängte. Bei Druck auf die pralle Geschwulst entleerte sich stinkende gelbe Flüssigkeit aus einer Oeffnung, die im vorderen oberen Theil der Muschel gelegen war; somit musste an eine Höhlenbildung gedacht werden.

Die Geschwulst wurde galvanocaustisch gespalten, und die Oeffnung bis an das hintere Ende der Muschel verlängert, wonach sich eine Unmasse faul stinkender Flüssigkeit mit festen Flocken gemischt entleerte. Es folgten Zerstörung des Sackes durch Galvanocaustik und Ausspülung der Höhle. Nach 3—4 Wochen Heilung. Nach der Meinung des Vortragenden war die Oberkieferhöhle vollständig intact, wofür namentlich auch die rasche Heilung des Leidens spricht.

Herr Jacoby (Magdeburg) hat eine grössere Anzahl von Eiterungen aus dem Spalt zwischen der mittleren Muschel und der Seitenwand beobachtet, bei denen jede Erscheinung von Seiten der Stirn- oder Kieferhöhle fehlte. Die Patienten waren nur durch den Geruch des Secretes belästigt. Meist war die Umgebung der eiternden Stelle mit Granulationen besetzt. Nasendouche, Aetzungen waren ohne Erfolg. In einem Falle erzielte Jacoby die Heilung durch Perforation der Muschel mit dem Kuppelbrenner und Anwendung der Luftdouche. In solchen Fällen glaubt Jacoby die Quelle der Eiterung in den Nebenhöhlen suchen zu müssen und erklärt sich das Fehlen der Druckerscheinungen aus dem nicht völlig gestörten Abfluss der Secrete.

Herr Gotthelf (Heidelberg) theilt einen Fall mit, der betreffs der Symptomatologie viel Aehnlichkeit mit dem Falle des Herrn Betz zeigt.

Eine 30jährige Frau wurde mit hochgradiger Dyspnoe in die chirurgische Klinik aufgenommen. Die laryngoscopische und sonstige physikalische Untersuchung ergab nichts: nur links abgeschwächtes Athmen. Die Pat. ging kurz nach Ausführung der Tracheotomie suffocatorisch zu Grunde und die Section ergab zwei grosse ovaläre Geschwüre im unteren Theil der Trachea und einen von da auf die Wand des linken Bronchus sich erstreckenden perichondritischen Abscess, dessen vorgewölbte Wand den linken Bronchus ganz, die Trachea zum Theil verlegte. Makroscopisch ergaben die Geschwüre nichts für Tuberculose oder Syphilis characteristisches; eine Untersuchung auf Bacillen ist zur Zeit noch nicht abgeschlossen. — Bronchialdrüsen und Lungen absolut frei.

Herr Schnitzler (Wien) leitet eine Discussion über die Diagnose der Kehl-

kopfgeschwüre ein, und vertritt die Anschauung, dass im Kehlkopfe auch catarrhalische Geschwüre vorkommen; wohl sind solche weder tuberculöse, noch syphilitische Defecte selten, doch ist ihre Existenz nicht zu läugnen. Schnitzler theilt dann eine Reihe von Fällen mit, welche diese seine Ansicht stützen. — In dieser Frage kann Gottstein nur wiederholen, was er bereits in seinem Buch ausgesprochen hat, dass in allen Fällen, wo sich wirkliche Substanzverluste auf der Schleimhaut des Kehlkopfes vorfinden, stets Lues oder Phthise zu Grunde liegt. Ebensowenig glaubt Rosenfeld (Stuttgart) die Existenz von catarrhalischen Geschwüren annehmen zu dürfen. Erstens muss man diejenigen Geschwüre ausschliessen, die aus Herpes entstehen und oft auch von langer Dauer sind. — Dann meint Rosenfeld, dass die Heilung von Geschwüren nicht gegen die tuberculöse Natur derselben spricht. Denn es giebt entschieden tuberculöse Geschwüre, die heilen können; die Heilung hält oft Jahre an; allein nach einiger Zeit treten neue Geschwüre auf und dann folgt Tuberculose. Eine etwaige Diagnose der Larynxgeschwüre kann nur gemacht werden durch die Untersuchung auf Bacillen. Dieselbe macht Rosenfeld so, dass, nach Beträuflung mit Cocain, mit einer sterilisirten Platinöse etwas Secret abgeschält und dann lege artis untersucht wird. —

In der zweiten Sitzung, Sonnabend, den 19. September, Morgens 10 Uhr, hielt Herr Hopmann (Cöln) seinen angemeldeten Vortrag über Reflexneurosen und Nasentumoren.

Nach einer kurzen historischen Uebersicht der Lehre der von der Nasenschleimhaut ausgehenden Reflexneurosen theilt Verf. eine Reihe von Beobachtungen mit, die ihn in Betreff der dominirenden Rolle, welche dem Schwellgewebe für die Erzeugung von Reflexneurosen zugetheilt wird, theilweise zu anderen Schlüssen geführt haben als Hack und E. Fraenkel. Demnach werden nasale Reflexneurosen zwar gelegentlich durch verschiedene Abnormitäten und Krankheiten der Nase, speciell auch durch atrophirende Processe beim ganzen oder theilweisen Untergange der cavernösen Schleimhaut, relativ am häufigsten jedoch durch eigenthümliche schleichende, gemischt nervös-entzündliche Schleimhautaffectionen leichter Art hervorgerufen, welche durchgehends nur mässige hyperplastische Veränderungen in der Schleimhaut erzeugen, aber durch grosse Irritabilität der das Schwellgewebe versorgenden Nerven sich auszeichnen. Ausserdem kommt es auch bei einem Theile der Nasenpolypen-Leidenden und zwar besonders durch Papillome der unteren Muschel zu reflectorischen Störungen, welche gewöhnlich, wenn auch nicht ausnahmslos, durch Operation der Polypen beseitigt werden. Nächste Veranlassung zur Auslösung pathologischer Reflexe bei diesen Neubildungen ist weniger die nervöse Erregbarkeit des Schwellgewebes, als die Schwellbarkeit der Polypen selbst. Schleimpolypen, polypoide Hypertrophien und Papillome haben die Eigenschaft, innerhalb kurzer Zeit auf directe oder indirecte Reizung hin an Volumen zuzunehmen und ebenso rasch wieder kleiner zu werden. Es kommt dies bei Schleimpolypen vor, bei denen doch von cavernösem Gewebe keine Rede sein kann und bei den anderen Geschwulstformen, welche allerdings auch lacunäre venöse Hohlräume, namentlich in der Geschwulstbasis, dabei aber auch reichlich Capillaren enthalten, welche von der Basis steil zur Peripherie auf-

steigen. Letztgenannte Geschwülste sind im Stadium der Anschwellung keineswegs gewöhnlich prall mit Blut gefüllt und von dunkelblauem Aussehen, sondern differiren auch dann in der Färbung nicht wesentlich von der gewöhnlichen. Deshalb ist die Annahme erlaubt, dass es sich bei den transitorischen Schwellungen um rasche Aufnahme von Serum und Durchtränkung der Gewebsmaschen mit demselben handelt, also um eine Art Oedem. Dieses Oedem mag durch eine Fluxion der zuführenden Gefässe, wahrscheinlich auch durch Stauungsvorgänge in den abführenden zu Stande kommen. Wie es auch entstehen mag: die dadurch gegebene plötzliche Steigerung der Athmungserschwerung kann bei allgemeiner oder partieller Nervosität die Lungen- oder Herzfasern des Vagus irritiren und durch dieselben den Gehirncentren bezw. anderen Nervenbahnen abnorme Erregungen zuführen. Dann vermag auch die directe Reizung der Trigeminusenden, sei es in den geschwollenen Polypen selbst, sei es in den durch sie comprimirten Stellen des Septums etc. reflectorisch auf andere Zweige des Quintus oder durch die zum Theil sympathischen Ganglienknoten ohne Vermittlung von Gehirncentren direct auf andere vaso-motorische oder secretorische Bahnen überzugehen.

Zum Schluss kommt Hopmann mit einigen Worten nochmals auf die von ihm (Virchow's Archiv. Bd. 93) als Papillom aufgestellte Geschwulstform der unteren Muschel zurück. Bekanntlich haben E. Fraenkel und namentlich Bresgen versucht, diese Papillome mit dem, was die meisten Rhinologen als Hyperplasie der Schleimhaut bezeichnen, zu identificiren. Seitdem Zuckerkandl an der unteren Muschel bei jugendlichen Personen und Neugebornen leistenartige Erhebungen mit kleinen Wärzchen, besonders an den hinteren Muschelenden, gefunden hat, hat man sogar die papillären Geschwülste Hopmann's mit diesem Befunde Zuckerkandl's zusammenwerfen wollen. Demgegenüber hält Hopmann an dem Unterschied zwischen einfachen Hyperplasien und Papillomen fest und rechnet letztere den neoplastischen Tumoren zu. Wenn sich auch herausstellen sollte, dass die Papillome das Endstadium eines chronischen Entzündungsprocesses oder die allmälig entstandene Hyperplasie einer präformirten, innerhalb der physiologischen Breite gelegenen Anomalie der Muschelschleimhautstructur darstellten, so theilten die Papillome dann dieses Schicksal mit fast allen anderen Neubildungen, namentlich aber mit allen anderen papillären Tumoren der Haut und Schleimhäute.

Um in dieses Gebiet mehr Licht zu werfen, möchte Hopmann schliesslich alle Collegen, welche rhino-chirurgisch thätig sind, bitten, die etwa entfernten Tumoren der Nase nicht gleich zu vernichten, sondern durch Einlegen in Spiritus für die nähere Untersuchung aufheben zu wollen.

Hierauf hält Herr Stein (Frankfurt a. M.) seinen Vortrag über neue Verwendungsweisen des electrischen Lichtes in der Laryngologie und die Photographie des Larynx. Seit der vorjährigen Magdeburger Versammlung hat Stein seine electrotechnischen Versuche weiter geführt und die damals demonstrirten Apparate, sowohl die Batterie wie den Kehlkopfspiegel selbst verbessert. Der von Stein jetzt gebrauchte electrisch montirte Kehlkopfspiegel stellt einen modificirten Semon'schen Spiegel ohne Rheostaten dar; der Griff ist ferner dadurch sehr compendiös geworden, dass die zwei von einander isolirten

Leitungsröhrchen in einander stecken und so den Strom nach dem Glühlichtlämpchen führen. In diesen electrisch montirten Griff können mittelst einer federnden Hülse die Spiegel nach Wahl und Bedürfniss eingeschoben werden.

Was die Photographie des Larynx anbelangt, so erläutert Stein zuerst die Methoden, die früher schon dazu gebraucht wurden. Namentlich werden der Apparat von French in Brocklyn (siehe Archives of Laryngology. Octbr. 1883) und die Methode von Lennox Browne und Emil Behnke erläutert. Stein stellte sich nun die Aufgabe, die photographische Camera, den Kehlkopfspiegel und die Lichtquelle in möglichst kleinen Dimensionen zu verbinden. Auf dem Griffe eines nach Nitze-Leiter gebauten Laryngoscop wird eine entsprechende photographische Camera fixirt. Durch minimale Verschiebung des Objectivs kann das in dem Kehlkopfspiegel entstehende Bild des Kehlkopfs auf der matten Scheibe der Camera ein für alle mal für das betreffende Individuum eingestellt werden. Später wird eine kleine Doppelcasette mit zwei sehr empfindlichen Bromgelatinetrockenplatten an Stelle der matten Scheibe eingeschoben. Mittelst einer besonderen Vorrichtung der electrischen Leitung (Druckknopf) wird im selben Moment das Licht am Spiegel producirt und das Objectiv geöffnet und so die Photographie des Kehlkopfes auf ganz automatische Weise aufgenommen. Als Zeuge der Leistungsfähigkeit dieses Apparatos wird ein photographisches Bild des Kehlkopfsinnern demonstrirt. Diese Apparate sind von der Firma Blaensdorf Nachfolger, Frankfurt a. M. zu beziehen. —

In der dritten Sectionssitzung ist der erste Gegenstand der Tagesordnung ein Antrag des Vorsitzenden, Herrn Prof. Schnitzler in Wien, auf Gründung einer deutschen Gesellschaft für Laryngologie und Rhinologie. Nachdem die Gründung einstimmig angenommen, wird ein Comité constituirt, dessen Aufgabe sein soll, auf der nächsten Naturforscherversammlung weitere Vorschläge zu machen und sich behufs Vorbereitung der Besprechungsgegenstände mit den Schriftführern der betreffenden Section in Verbindung zu setzen. In das Comité werden gewählt die Herren Schnitzler (Wien), B. Fraenkel (Berlin), Gottstein (Breslau), Meyer-Hüni (Zürich), M. Schmidt (Frankfurt a. M.), Hopmann (Cöln), P. Meyer (Strassburg).

Zweitens eröffnet Herr Schnitzler die Discussion über die im letzten Jahre empfohlenen Heilmittel und Heilmethoden bei Erkrankungen der oberen Luftwege. Ohne den Werth des Cocains zu überschätzen, erkennt Schnitzler die mehrfache Wirkung dieses Mittels an und theilt einige hierher bezügliche Beobachtungen mit, wo das Cocain sich vorzüglich bewährte, während es in anderen Fällen im Stiche liess. Das Menthol empfiehlt Schnitzler nicht, ebenso spricht er sich gegen das in jüngster Zeit gegen Lungentuberculose gerühmte Ol. menthae. pip. aus, namentlich in der starken Concentration, wie dies empfohlen wurde. Die Milchsäure hat Schnitzler, seitdem dies Mittel von Krause gegen Kehlkopftuberculose empfohlen wurde, vielfach angewendet. Nach seinen bisherigen Erfahrungen glaubt er nicht, dass das Mittel dem Plumb. acet., Bismuth, Jodoform, die er bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren meist anwandte, erfolgreich concurriren werde. Immerhin ist das Mittel weiterer Versuche werth.

Gottstein glaubt im Allgemeinen den Ausführungen des Vorredners bei-

stimmen zu können. Zur Erleichterung der laryngoscopischen Untersuchung verwendet er niemals das Cocain, und gestattet die Anwendung dieser Substanz auch seinen Zuhörern nicht. Dagegen bei laryngo-chirurgischen Eingriffen benutzt Gottstein mit grossem Vortheil Einpinselungen mit einer 20proc. Lösung. Sehr vortheilhaft fand er es, 2—3 Tage hinter einander nach der alten Methode durch Einführung der Sonde die Empfindlichkeit abzustumpfen, und dann das Cocain anzuwenden. Günstig wirkt das Cocain bei manchen Formen des nervösen Hustens. Auf der Nasenschleimhaut verwendet es Gottstein weniger häufig. Ferner hat Gottstein auffallenden, aber vorübergehenden Erfolg vom Acid. lactic. (50 pCt.) bei einem tuberculösen Ulcus der Epiglottis gesehen, wo der Schmerz und die Dysphagie für längere Zeit schwanden; ebenso bei einem gangränescirenden Ulcus des Velum in Folge von Leukaemie.

Rosenfeld (Stuttgart) hat wie viele Andere die Beobachtung gemacht, dass Cocain in der Nase die Schwellkörper contrahirt, so dass die prallgespannte und geröthete Schleimhaut weich und blass wird. Die Blutung wird durch die dadurch gesetzte Anämie fast null; allein nicht selten treten nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde Nachblutungen auf. Für sehr wichtig hält Rosenfeld die Anwendung des Cocains bei tuberculösen Geschwüren des Pharynx und des Kehlkopfs, namentlich bei solchen, wo die Nahrungszufuhr erschwert wird.

In einer combinirten oto-laryngologischen Sitzung am Montag, den 21. Sept. hält Herr Hedinger (Stuttgart) einen Vortrag über Batterien zur Galvanocaustik. Ohne in die reichlichen physikalischen und technischen Details einzugehen, die man am besten aus dem Tageblatt S. 512 u. ff. entnehmen wird, glauben wir doch hier mittheilen zu müssen, dass Hedinger nach langjährigen Versuchen und Bearbeitungen einen Apparat hergestellt hat, der den meisten Anforderungen, welche man an eine richtige galvanocaustische Batterie zu stellen hat, entspricht. Um einen möglichst constanten Strom zu behalten, ist Hedinger von dem Princip ausgegangen, dass möglichst viel Flüssigkeit benutzt, und die wirksame Oberfläche der Kohle mehr als zweimal so gross gemacht werden muss, wie die des Zinks. Dadurch sind natürlich sämmtliche kleinere compendiöse Apparate von selbst ausgeschlossen. Die Batterie, die nun Hedinger ausschliesslich anwendet, besteht aus 6 Kohlen-Zinkelementen mit Senk- und Hebevorrichtungen, Strommesser, Umschalter und Stromregulator. Die wirksame Oberfläche der Kohle ist hierbei mehr als zweimal so gross, als die des Zinks, indem die Kohlenelemente hohle Cylinder sind, innerhalb welchen das Zink in Form einer Platte angebracht ist. Als Erregungsflüssigkeit dient die Bunsen'sche Schwefelsäure-Kalibichromatmischung. Eine sinnreiche Stöpselumschaltereinrichtung gestattet die Elemente je nach Bedarf verschieden zu verkuppeln und zu gleicher Zeit einen Theil des Stroms für eine Glühlampe oder einen electrischen Spiegel zu verwenden. Ferner sind an der Batterie noch ein Strommesser und ein Stromregler angebracht, welche erlauben, den galvanischen Strom nach Belieben zu handhaben, ohne dass die Elemente mehr oder weniger in die Flüssigkeit getaucht und wieder herausgehoben zu werden brauchen. Nach diesen Erörterungen giebt Hedinger noch einige practische Winke über die Füllung der Batterie, sowie über die Amalgamirung des Zinks. Zum Schluss fügt Hedinger noch einige

Worte über die Accumulatoren, die zur Zeit für die Galvanocaustik noch ganz unreif sind, hinzu. Die Chromsäure-Tauch-Batterie nach Hedinger's Angabe wird von der Firma Gebbert und Schade in Stuttgart angefertigt und zwar je nach Zahl der Elemente und Zubehör zum Preise von 285—185 Mark.

Gottstein (Breslau) legt ein Instrument vor zur Entfernung adenoider Vegetationen aus dem Nasenrachenraum, das sich von anderen ähnlichen Instrumenten dadurch unterscheidet, dass es ein wirkliches Messer darstellt, und nicht nur ein curettenartiges Instrument, wie die Ringmesser von Meyer oder Lange. Das Instrument ist ein gefenstertes Messer und gewährt besten Schutz gegen Nebenverletzungen. Die Beschreibung wird in der „Berl. klin. Wochenschrift“ erscheinen.

Nachdem die laryngologische Section sich wieder unter Vorsitz des Herrn Gottstein constituirt hat, wird Herrn Rollier (Trier) das Wort gegeben, um seinen angekündigten Vortrag „über zwei seltene Fälle von Kehlkopfnecrosen“ zu halten. Der erste Fall betrifft einen kräftigen Mann in mittleren Jahren, der nach einer Durchnässung im Januar 1884 anscheinend eine acute Pharyngolaryngitis bekam (Schluckbeschwerden, rauhe Sprache, vermehrte Schleimsecretion); nachdem diese Erscheinungen, ohne zu verschwinden, weniger acut geworden waren, zeigten sich innerhalb mehrerer Wochen weiche Tumoren an der Lendenwirbelsäule, an der rechten Wade, am rechten Stirnhöcker. Die zu dieser Zeit vorgenommene laryngoscopische Untersuchung ergab eine bedeutende Anschwellung des linken Taschenbandes, welches in der Gegend seines vorderen Ansatzes zur Grösse einer kleinen Kirsche angeschwollen war. Eine Probepunction in einen der peripheren Tumoren gestattete mit Sicherheit die Diagnose auf Sarcom zu stellen und somit die Anschwellung des Lig. glottidis spurium als einen neoplastischen Knoten zu betrachten. Drei Monate nach dem Beginne trat der Tod ein in Folge von allgemeinen Convulsionen, nachdem ein retropharyngealer Abscess der linken Seite sich spontan eröffnet hatte. Die Section ergab, dass der Tumor des Lig. spurium glott. aus verfetteten Sarcomzellen bestand — an der hinteren Platte des Ringknorpels wurde eine ausgiebige eitrige Perichondritis nachgewiesen, mit Bildung eines freien Knochensequesters. Zahlreiche metastatische Tumoren wurden in den Lungen, in der Leber und im Gehirn aufgefunden. Aus der Krankengeschichte glaubt Redner schliessen zu dürfen, dass der Tumor im Kehlkopf das primäre gewesen ist, wozu später die eitrige Perichondritis und die Metastasen hinzutraten.

Der zweite Fall von Kehlkopfnecrose betrifft eine 30jährige Dame, welche eine Verwachsung der Stimmbänder in ihren vorderen Dritteln und aussen am Halse zeigte, durch die man auf den rauhen Schildknorpel gelangen konnte. Für Tuberculose spricht weder die Anamnese, noch die Ergebnisse der Untersuchung. Der Zustand bestand schon seit einigen Jahren und scheint langsam zur Heilung überzugehen.

Herr Meyer Hüni (Zürich) stellte eine Anfrage über die therapeutischen Erfahrungen, welche die Herren Anwesenden über die von Mackenzie und Schmidt empfohlene Resina Gujaci Pastillen gesammelt haben. Er selbst hat keine Erfolge davon gehabt. Bei mehreren Fällen von Angina tonsillaris abscedens

ist es ihm gelungen, den Process ganz wesentlich abzukürzen durch die Tonsillotomie. Ueble Zufälle, Blutungen hat er dabei nie gehabt, so dass er die altherkömmliche Lehre, die Tonsillen in diesem entzündlichen Zustande chirurgisch nicht zu berühren, als unbegründet ansehen möchte Nach einer kurzen Discussion, in welcher Herr Betz (Mainz) sich günstig über Resina Gujaci ausspricht, ist die Tagesordnung erledigt und somit werden die Verhandlungen der laryngologischen Section abgeschlossen. P. MEYER (Strassburg).

IV. Briefkasten.

Eine Reclamation.

Moskau, den 21. October 1885.

Hochgeehrter Herr Doctor und Redacteur!

Im Interesse der wissenschaftlichen Wahrheit adressire ich Ihnen diesen Brief. Die Hauptaufgabe des Intern. Centralbl. f. Laryngologie, Rhinologie etc. besteht darin, um Alles auf diesem Gebiete Erschienene möglichst in chronologischer Reihenfolge zu referiren, damit „jeder seiner Leser die Gewissheit haben können, in demselben Alles zu finden, was auf laryngologischem Gebiete geleistet ist". (Intern. Centralbl. 1885. No. 2. S. 43.) Weiter schreiben Sie ganz richtig (auf der S. 42 l. c.): „Aber ein Journal vom Character des Centralblattes muss solche Berichte liefern, dass die Leser des Blattes sich aus der Natur des Referates ein Bild vom Character des Originals entwerfen können! Das ist unser Bestreben gewesen und wird es bleiben!" „Unvollständigkeit der Referate auf der anderen Seite wäre ein noch schlimmerer Fehler." Denken sich ein Mal, dass man die Geschichte des Cocaingebrauches schreiben möchte! Also Alles muss chronologisch richtig verfasst werden. Wie kann ich Ihrem geehrten Centralblatt Glauben schenken, wenn die Data nicht richtig gesetzt sind. Wenn man mit mir so verfährt, so warum soll man auch mit Anderen — wenn es vom Nutzen ist — nicht denselben Kunstgriff gebrauchen. So z. B. Herr B. Fränkel-Mitarbeiter hat meinem Artikel nur ein Paar Zeilen geschenkt. Machen Sie nur einen Vergleich mit dem Separat-Abdrucke. Ich war einer unter den Ersten — 23. Nov. 1884 — der (in Russland) über Cocain geschrieben hat und so ziemlich Alles über die Anwendung auf die Nasenschleimhaut mitgetheilt. B. Fränkel ist es vortheilhaft, mit dem Datum der „Deutschen med. Wochenschrift, No. 9, 1885" zu notiren, da sonst ihm die Priorität angehören wird. Ich schrieb der Erste und nicht Fränkel, nämlich folgendes: „Ausserdem hatte ich Gelegenheit zu beobachten, dass bei der Rhinitis hypertrophica diejenigen Stellen, welche von chronischen Entzündungen mehr getroffen sind, sich weniger contrahiren." (Deutsche med. Wochenschrift. No. 9. 1885.) Ganz klar gesagt. Davon muss Fränkel sagen, oder wenn er verschweigen will, so soll er nur das richtige Datum stellen: 23. November 1884. Der Grund für eine solche Handlung von einem bekannten Fachmann ist mir unerklärlich. Rechtswegen muss mein Artikel von Neuem referirt werden, denn meine Arbeit ist eine der vollständigsten; da wurde über Alles: über Reflexneurosen, Abschwellung der hypertrophirten Muschelschleimhaut etc. gesagt. Dort ist noch eine Beobachtung, nämlich: bei Phthisikern werden die Nachtschweisse minder. Was die Ausführlichkeit der Literatur von Heymann's Artikel anbetrifft, so ist sie noch weit nicht die „ausführliche Uebersicht" (P. Heymann: „Ueber Cocain." [Berl. klin. Wochenschr. 1885, ohne Nummer), denn die russische Literatur ist ausgelassen. —

Sie werden es mir nicht übel nehmen, dass ich Ihnen, hochgeehrter College, diese Zeilen schreibe. Ich habe so viel Nutzen vom Centralblatt gehabt, dass mir Ihr schweres Unternehmen am Herzen liegt. Ich will nicht Andere irreleiten und selbst nicht irregeleitet werden.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Ihr wohlgesinnter College

Dr. STANISLAUS v. STEIN,
Assistent am histologischen Cabinet in Moskau.

Redactionell haben wir zu dem vorstehenden — wörtlich abgedruckten — Briefe des Herrn Dr. v. Stein nur zu bemerken, dass wir es verschmähen, die Leitung des Centralblatts gegenüber einer Zuschrift zu vertheidigen, die sich so weit vergisst, die Auslassung eines völlig gleichgültigen Datums im Lichte einer beabsichtigten Fälschung zu betrachten, und einem verdienstvollen Collegen, wie einem, dem allgemeinen Besten gewidmeten Journal Motive schmachvollster Art zu imputiren.

Insinuationen, wie die von Herrn Dr. v. Stein ausgesprochenen, richten sich selbst. Zur Sache erwidert Herr Prof. Fränkel, dem wir selbstverständlich die Zuschrift des Herrn Dr. v. Stein unterbreitet haben, Folgendes:

Berlin, den 27. November 1885.

Lieber Semon!

Ich stimme Dir vollständig bei, dass die unqualificirbare Gesinnung des Herrn Dr. v. Stein uns nicht abhalten darf, in objectiver Weise die Frage zu untersuchen, ob hier in der That das betreffende Referat dem Autor Genüge geleistet hat? und bemerke hierzu Folgendes: Der Referent kann selbstverständlich die Arbeiten nur in der Reihenfolge lesen und besprechen, in welcher sie im Druck erscheinen. Ich hatte deshalb den Vortrag des Herrn Heymann aus No. 4 der Berliner klin. Wochenschr. und die daran geknüpfte Discussion in der Berliner med. Gesellschaft (cfr. Centralblatt II. Jahrg., No. 2, Ref. 2) bereits referirt, bevor mir der in No. 9 der Deutschen med. Wochenschrift erschienene Aufsatz des Herrn Dr. v. Stein (Ibidem Ref. 2) zu Gesicht kommen konnte. Für die Leser des Centralblatts kann es nur Interesse haben, zu wissen, wo sie die betreffende Arbeit gedruckt finden können. Eine Angabe über den Zeitpunkt, wann eine solche gesprochen worden ist, hat nur persönliches Interesse oder kann auch für Jemanden von Wichtigkeit sein, der in Bezug auf Priorität geschichtliche Studien macht. Ein Solcher wird aber auf die Quelle zurückgehen müssen. Ich bin also auch jetzt, nachdem ich über diesen gleichgültigen Punkt, was ich früher nicht gethan, nachgedacht habe, der Ansicht, dass es für die Zwecke des Centralblatts in keiner Weise nothwendig ist, über die Zeit der Publication weitere Angaben zu machen, als einen möglichst genauen Hinweis auf die Stelle, wo dieselbe im Druck zu finden ist. Ich glaube also, dass es in meinem Referate aus sachlichen Gründen keineswegs erforderlich war, das wohl nur nach der Ansicht des Herrn Dr. v. Stein für die Geschichte der Anwendung des Cocains wichtige Datum des 23. November 1884, an welchem er seinen Vortrag in Moskau gehalten hat, noch besonders zu erwähnen*)

Auch bei erneuter, recht genauer Durchsicht der mittelmässigen Arbeit des Herrn Dr. v. Stein finde ich nichts zu erwähnen, was mein Referat nicht schon brächte. Denn wenn Herr Dr. v. Stein bei Erzählung einer Krankengeschichte schreibt: „der

*) In der in meinen Händen befindlichen Literatur finde ich den betr. Aufsatz des Herrn Dr. v. Stein zweimal referirt, nämlich im Centralblatt für die medicin. Wissenschaften, No. 15, vom 11. April 1885 (Referent Schwabach) und in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc., No. 9, September 1885 (Referent Götze). Beide Male ist das Datum des Vortrags ebenfalls nicht erwähnt.

Appetit kehrte zurück, der Patient ass viel und mit Vergnügen. Der Stuhl regelmässig mit normalen Fäces. Die Nachtschweisse sind verschwunden. Herzklopfen unverändert etc.", so möchte ich den Referenten sehen, der dies für eine erwähnenswerthe Beobachtung hielte, dass durch Cocainpinselung die Nachtschweisse der Phthisiker sich verminderten. In Bezug auf die Anwendung des Cocains bei Reflexneurosen der Nasenhöhle ist in der Publication des Herrn Dr. v. Stein nichts enthalten, es sei denn, man wollte mit ihm die Angabe, dass bei einem an hyperplastischem Nasencatarrh und adenoiden Vegetationen leidenden Knaben nach Einpinselung von Cocainsalbe „Hustenanfälle schwächer und seltener wurden", „für eine frappanteste Bestätigung von Huck's Beobachtung über den Reflexhusten halten, welcher durch geschwollene Nasenschleimhaut bedingt wird." Die Priorität der Beobachtung, dass das cavernöse Gewebe der Muscheln unter der Einwirkung des Cocains abschwillt, gebührt aber weder Herrn Dr. v. Stein, noch mir, sondern Herrn Bosworth (cfr. Centralblatt I. Februar. 1885. S. 232). — So viel über die Frage, ob mein Referat billigen Ansprüchen seitens des Autors genügt.

Im Uebrigen halte auch ich es für durchaus unnöthig, auch nur eine Silbe zu verschwenden, um die Insinuation zurückzuweisen, als könnte ich überhaupt jemals hinter einer solchen Thüre stehen, hinter welcher mich Herr Dr. v. Stein sucht.

Mit bestem Gruss

Dein treuer

B. FRAENKEL.

Zur Naturgeschichte der „Lapsus calami".

Der „Lapsus calami", dessen wir in der November-Nummer gedachten, und der vielseitige Heiterkeit erregt zu haben scheint, hat, wie uns von competenter Seite mitgetheilt wird, eine so ergötzliche Aetiologie, dass wir dieselbe unseren Lesern nicht vorenthalten zu dürfen glauben.

Der Herausgeber eines laryngologischen Journals meinte nämlich in der neu gegründeten Rubrik „Index bibliographique" eines Concurrenz-Journals ein vielleicht etwas zu lebhaftes Bestreben der Nachahmung seines eigenen Literatur-Verzeichnisses darin zu entdecken, dass die Nachahmung einer einfachen Copie verzweifelt ähnlich sah! — Wie aber den Beweis liefern? Eine ingeniöse Idee durchzuckte sein Gehirn. Er liess mehrere Druck- und Satzfehler seines eigenen Index bibliographique absichtlich stehen, und — — — — in dem nächsten Index des Concurrenz-Journals fanden sich dieselben getreulich wieder, darunter auch das famose „Paralysie des muscles laryngés après l'extirpation du larynx!" — Probatum est!" —

Anerkennung der Bedeutung der Laryngologie.

Die Rede über Diagnostik und Therapie, mit welcher C. Gerhardt am 2. November 1885 seine Klinik eröffnete (Deutsche med. Wochenschrift. No. 45. 1885.), enthält folgende Stelle:

„Die örtliche Behandlung innerer Krankheiten, die schon vorher von vielen erleuchteten Praktikern zum Ziele genommen wurde, ist in viel ausgedehnterer Weise möglich geworden. Die operative Behandlung pleuritischer Ergüsse, die im Alterthum blühte und bei jeder neuen Aera der Diagnostik, so von Laennec und Skoda, mit Unglück wieder versucht worden war, kam wieder zu vollem Rechte. Die elektrischen Ströme beherrschen die Behandlung der Nervenkrankheiten. Die Krankheiten der Nasenhöhle, des Kehlkops, der Luftröhre, des Magens wurden unmittelbaren Einwirkungen zugängig und damit der blinden Herrschaft der Arzneiflasche entzogen. Viel

ist auf diesem Gebiete noch zu suchen. Fortwährend sehen wir neue Zweige hervorsprossen. Je eifriger alle Aerzte mit diesen örtlichen Behandlungsweisen sich vertraut machen, um so weniger wird das vom Stamme der Medicin abstrebende Specialistenthum Berechtigung haben, eigene Wurzeln zu treiben. Alle diese örtlichen Behandlungsweisen müssen in der Klinik gezeigt und geübt werden und sie sollen Ihnen in der Praxis geläufig bleiben."

Naturforscher-Versammlung in Berlin 1886.

Bei Gelegenheit der Naturforscher-Versammlung in Berlin wird eine Ausstellung von Instrumenten etc. beabsichtigt. Dieselbe soll einen durchaus wissenschaftlichen Character erhalten, und alles vermeiden, was sie einem Jahrmarkt ähnlich machen könnte. Die ausgestellten Gegenstände sollen ein Bild des Fortschrittes geben, den die betreffende Disciplin in den letzten Jahren erzielt hat. Die Laryngologie und Rhinologie werden als besondere Gruppe zur Ausstellung gelangen. Ich gebe den Herren Collegen schon jetzt hiervon Kenntniss und werde nicht unterlassen, dieser vorläufigen Mittheilung an dieser Stelle die definitiven Einladungen etc. folgen zu lassen.

Berlin, N.W.

B. FRAENKEL.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, Februar. 1886. No. 8.

I. Referate.

a. Allgemeines.

1) **C. Gerhardt** (Berlin). **Laryngoscopie und Diagnostik.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 45. 1885.*

Bei Gelegenheit der Feier des 25jährigen Bestehens der Berliner medicin. Gesellschaft und besonders angeregt durch den Umstand, dass sein Vorgänger Traube gerade in dieser Gesellschaft vor 25 Jahren die Beziehungen zwischen Kehlkopfspiegelbild und Aortenaneurysma klargelegt hatte, besprach S. die Frage, inwieweit der Kehlkopfspiegel für die Erkrankung anderer Organe als gerade derjenigen des Stimmorgans die Diagnostik und die ganze Beurtheilung gefördert, inwieweit er nicht nur dem Specialisten. sondern der ganzen medicinischen Wissenschaft Dienste geleistet habe. Kurz und präcis hob er die Bedeutung der Laryngoscopie bei den Infectionskrankheiten (Tuberculose, Typhus, Syphilis, Morbillen, Pocken, Lyssa, Diphtheritis etc.) hervor. Beim Gelenkrheumatismus erwähnte er des gelegentlichen Befallenseins des Aryt.-Gelenks und der Stimmbänder, bei den Vergiftungen hob er die Beobachtungen Seifert's über die Bleilähmung der Stimmbänder, bei Nierenleiden das primäre Glottisödem hervor. Besonders betonte er die Beziehungen des Kehlkopfspiegelbildes zu den Nervenkrankheiten in specie der centralen, die in neuester Zeit wesentlich gefördert seien. Er erwähnte eines Falles von Tabes auf seiner Klinik, in welchem Adductionsstellung der Stimmbänder besteht, die durch Druck auf die Gegend der Arytaenoidal-Knorpel, oder die vordere Trachealwand und Sondenreizung gesteigert wird, während Cocainpinselung ein Aufhören dieser stenosirenden Reflexwirkung hervorbringt. Schliesslich betrachtete er die Beziehungen des Kehlkopfspiegelbildes zu den Erkrankungen der Hals- und Brustorgane. Die Laryngoscopiker werden es sicher besonders dankbar begrüssen, dass der berühmte Kliniker als Thema seines ersten Vortrags in Berlin und noch dazu bei so feierlicher Gelegenheit einen ihrer Specialität angehörenden Gegenstand gewählt hat. B. FRAENKEL.

2) **F. H. Hooper** (Boston). **Bericht über die Fortschritte in der Laryngologie und Rhinologie. (Report of the progress of laryngology and rhinology.)** *Boston Med. Surg. Journal. 13. August 1885.*

Der Bericht enthält Auszüge aus verschiedenen Abhandlungen, sowohl frem-

den wie eigenen; die meisten davon, wenn nicht alle, sind bereits im Centralblatt erschienen. Er ist mit Holzschnitten von einigen Photographien des Larynx, welche T. R. French aufgenommen hatte, illustrirt. LEFFERTS.

3) **Hiram Woods. Bericht des „Presbyterian Charity Hospital" für Augen-, Ohren- und Halskrankheiten pro Mai 1885. (Report of the „Presbyterian" eye, ear and throat charity hospital for May 1885.)** *Maryland Med. Journal. 4. Juli 1885.*

Der Bericht enthält keine laryngologischen Fälle. LEFFERTS.

4) **F. Massei** (Neapel). **Schlussvorlesung. (Lezione di chiusura al corso di laringojatria.)** *Estratto dal giornale internazionale delle scienze mediche. 1885.*

M. betont die praktische Wichtigkeit der Laryngoscopie und bringt eine Statistik der in seinem poliklinischen Ambulatorium behandelten Fälle, deren wichtigere er für seine Zuhörer recapitulirt. KURZ.

5) **H. Clinton Mc. Sherry. Betrachtungen über die Classification der functionellen Neurosen des Halses und der Nase. (A consideration of the classification of functional neuroses of the throat and nose.)** *Amer. Journ. Med. Sc. Oct. 1885.*

Im Verlauf seiner interessanten Abhandlung macht Mc. S. die Bemerkung, dass functionelle Neurosen des Larynx, des Nasenrachenraums und des Oesophagus in gewissen Stadien von allen Aerzten, besonders aber von den Laryngologen gesehen werden. Sie werden meist, da andere plausible Erklärungen nicht vorhanden sind, als hysterische bezeichnet; eine Diagnose, die fast ausnahmslos dann gestellt wird, wenn der Zustand bei Frauen sich zeigt, besonders wenn sie dem Pubertätsalter nahe stehen, oder an einer Menstruationsstörung leiden.

Nun giebt der Autor zwar zu, dass ein grosser Theil dieser Fälle mit Recht der Hysterie zugeschrieben werde. Aber es ist nicht zu billigen, dass solche Fälle, deren Symptome auf eine Erschöpfung des Nervensystems in Folge von Ueberarbeitung oder geistiger Ueberanstrengung, d. h. auf Neurasthenie hindeuten, der Hysterie zugerechnet werden, wie das nicht selten geschieht. Denn hier finden sich gewöhnlich keine Zeichen von körperlicher oder geistiger Ueberanstrengung; das Nervensystem zeigt vielmehr einen Exaltations- als einen Depressionszustand; Anaemie ist hier selten. Verf. bemüht sich nun in seinem Artikel, die Ausdrücke „hysterischer Stimmverlust", „hysterischer Krampf", „hysterische Paralyse" etc. genau zu definiren und bestimmt abzugrenzen. Er bespricht ferner in Kürze die anderen Arten der functionellen Neurosen des Halses und der Nase. Er ist nämlich der Ansicht, dass man hierdurch einigen Gewinn für die Therapie dieser Leiden erzielen wird, welche bisweilen deshalb unheilbar erscheinen, weil man sie als hysterisch diagnosticirt, anstatt sich zu bemühen, ihre wirkliche Ursache aufzufinden.

Die beiden von ihm in seinem Artikel geschilderten Formen bezeichnet er: erstens als hysterische und zweitens als neurasthenische. Hierzu kommt drittens die durch Reflexreiz hervorgerufene Form. Hierunter versteht er solche Fälle, wo eine deutliche perverse Function der peripheren Nerven in Hals und Nase vorhanden ist, ohne dass man sie der Hysterie oder der Neurasthenie zurechnen kann. Diese Fälle gehören deshalb der dritten Klasse an, weil ihre Symptome

nicht von einer Erkrankung der Theile selbst, oder der sie versorgenden Nerven herrühren, sondern von solchen Organen oder Partien des Körpers, welche mehr oder weniger entfernt von dem Sitz der functionellen Störung liegen. LEFFERTS.

6) **Ino. N. Mackenzie. Isolirung des Temperatursinns in der Mund- und Rachenhöhle und in den Nasenwegen mittelst Cocain. (Isolation of the temperature sense in the oro-pharyngeal cavities and nasal passages by means of cocaine.)** *New-York Med. Journal. 3. Oct. 1885.*

M. experimentirte mit Rücksicht auf die Isolirung des Temperatursinns in den Nasen- und Mundrachenhöhlen. An sechs Personen (Hospitalkranken) wurden die Experimente angestellt. Nachdem er die Schleimhaut des Velum, der Uvula und der Nase mit einer 4procent. Cocainlösung vollständig anästhetisch gemacht hatte, liess er eine Sonde, welche er vorher in eine Mischung von Eis und Salz getaucht hatte, die Theile berühren, welche er gegen Berührung und Schmerz unempfindlich gemacht hatte. In jedem einzelnen Falle wurde über ein deutliches Kältegefühl geklagt. Hierauf wurde das andere Ende derselben Sonde über dem Brenner einer Laryngoscopirlampe erhitzt und so über die anästhetisch gemachte Stelle geführt. Während keiner der Patienten irgend welches Schmerzgefühl hatte, so gaben sie doch spontan einmüthig die Erklärung ab, dass sie Hitze verspürt hätten. In drei Fällen hatte die Application der heissen Sonde einen Brandschorf, in einem acute Pharyngitis zur Folge. Aber zur Zeit der Application hatte Niemand einen Schmerz empfunden, obwohl der Temperatursinn intact blieb. Diese Beobachtungen sind von Interesse. Denn wiewohl neuere physiologische Untersuchungen es wahrscheinlich gemacht haben, dass die Kälte- resp. Wärmeempfindungen von denen des Gefühls und des Schmerzes getrennt sind, so war es doch bisher unmöglich, dieses Factum durch völlige Isolirung des Temperatursinns zu beweisen. Es ist aber klar, dass seine Isolirung von den anderen Sinnen zu interessanten physiologischen Entdeckungen den Weg bahnt.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

7) **M. Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Der Circulationsapparat in der Nasenschleimhaut vom klinischen Standpunkte aus betrachtet.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 35 u. 36. 1885.*

Bresgen hat wiederholt behauptet, dass in einer normalen Nase die Schleimhaut dem Gerüste fest anliegen müsse. Er sucht nun diesen Satz gegen die Ergebnisse der anatomischen Untersuchungen Zuckerkandl's zu vertheidigen. Zu diesem Zwecke führt er an, dass Zuckerkandl zwar besonders die Nasenschleimhäute jugendlicher Personen und Neugeborener untersucht, aber es unterlassen habe, festzustellen, „ob die untersuchten Präparate nur solchen Individuen entstammten, welche an Rhinitis nicht gelitten hatten". Seine Beschreibung, die leistenartige Erhebungen etc. an der Schleimhaut erwähne, deute darauf hin, dass er es nicht mit normaler Schleimhaut zu thun gehabt habe. Nach Bresgen giebt es in der normalen Nase zwar Venenplexus aber keine Schwellnetze. Letztere seien vielmehr immer pathologisch und entständen durch wieder-

holte Hyperämien der ersteren intra vitam. Ref. ist der Ansicht, dass den Untersuchungen Zuckerkandl's gegenüber es nur einen Weg giebt, um die Ergebnisse derselben zu entkräften, nämlich den Nachweis, dass die anatomische Forschung seine Resultate nicht bestätigt. Bresgen glaubt der anatomischen Untersuchungen, zu denen er keine Zeit habe, dabei entbehren zu können, und beruft sich lediglich auf seine klinische Erfahrung. Im Verlauf seiner etwas langathmigen Auseinandersetzung, in der er einen Auszug aus Zuckerkandl's nun auch im Separat-Abdruck (Wien, Gerold) vorliegenden Abhandlung giebt, kommt Bresgen noch auf sehr viele andere Punkte zu sprechen, auf die physiologische Function der Blutvertheilung in der Nase, auf die Betheiligung der Schwellungen bei Reflexneurosen und den Einfluss der Nerven auf die Blutzufuhr, auf die Frage des Offenstehens resp. Abschlusses des Ductus dacryolacrimalis etc., wegen deren auf das Original verwiesen werden muss. Ref. glaubt aber den pathetischen Schluss wörtlich wiedergeben zu müssen. Derselbe lautet: „Soll die Rhinologie in ihrem Anfange stetig fortschreiten, so muss sie an Haupt und allen Gliedern in reformirende Behandlung genommen werden. Zweifel verursacht Kritik und führt zum Fortschritte! Nehmen wir das Althergebrachte doch nicht fortwährend noch als baare Münze, die zwar bequem, weil von Alters her gewohnt ist, die uns aber hindert, mit neuen unserer Zeit entsprechenden Einheiten zu rechnen, ein Umstand, der unbewusst dazu führt, viele Bruchtheile unserer Forschung unverwerthet zu lassen." — Wem fällt dabei nicht der Spruch des Baccalaureus aus dem zweiten Theil von Göthe's Faust ein: „Gesteht! was man von je gewusst, es ist durchaus nicht wissenswürdig"? B. FRAENKEL.

8) **Discussion über den Zusammenhang zwischen Nasenkrankheiten und anderweitigen Erkrankungen im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 33. 1885.*

Die Discussion bezieht sich besonders auf die Theorie Hack's in Bezug auf die sogen. Schwellkörper und eignet sich der kurze Bericht wenig zu einem Auszuge. Es müssen aber daraus Fälle hervorgehoben werden, die Schreiber, der die Discussion eröffnet, den Zusammenhang zwischen Nasenkrankheiten und anderen Leiden anerkennt aber die Schwellungszustände nur als zufällige Complicationen oder als secundäre Erscheinungen betrachtet, beobachtet hat und mittheilt: 1. Krampfhusten, der durch eine Cauterisation im Nacken heilt. 2. Trigeminusneuralgie in den Gesichtszweigen mit Muschelschwellung. Eine Morphiuminjection ad locum affectum beseitigte die Neuralgie und die Schwellung. 3. Supraorbitalneuralgie mit Muschelschwellung. Cauterisation am Nacken beseitigte die Neuralgie und die Schwellung der Nasenmuscheln. 4. Occipitalneuralgie mit serösem Nasenausfluss und heftigem Niesen. Heilung aller Erscheinungen durch Chinin. 5. Tägliche Epilepsie ohne Veränderung der Nase. Cauterisation der unteren Muschel brachte Heilung für eine Woche. 6. Heilung von hysterischen Zuständen durch Cauterisation der durchaus normalen Nasenmuscheln. B. FRAENKEL.

9) **Schadewaldt** (Berlin). **Die Trigeminus-Neurosen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 37. S. 637 und No. 38. S. 656. 1885.*

Als Fortsetzung der Publication seines Assistenten L. Wille (cfr. Central-

blatt Jahrg. II., No. 3, S. 109) über den Trigeminushusten verbreitet sich Sch. im vorliegenden Aufsatze über solche pathologische Dinge, die sonst als Reflexneurosen bezeichnet werden, die Schadewaldt aber als functionelle Veränderungen des normalen Nasalreflexes betrachtet. Auf den Nasenhusten, d. h. auf die Beobachtung, dass von der Nase aus mittelst der Sonde oder schwacher Inductionsströme statt des gewöhnlichen Niesens bei manchen Personen Husten angeregt werden kann, baut Schadewaldt ein besonderes System für die nasalen Neurosen. Es ist sehr schwer, in einem Referat den eigenthümlichen Gedankengang des Verfassers wiederzugeben. Ref. giebt deshalb im Folgenden wörtlich die Erklärung, die Verf. für die Paraesthesien des Pharynx giebt, deren grössten Theil er als „falsch localisirte Sensibilitätsneurosen des Trigeminus ansieht". Er sagt: „Die physiologische Reaction auf Reize der Nasalhöhlen ist der Reihenfolge nach: Schwellung, Secretion und Niesereflexact. In pathologischen Zuständen ist nun häufig ein Theil dieser Reaction, nämlich die Schwellung vorhanden; es fehlt die Secretion und der Nieseact; die Schwellung wird, als Ausdruck des bleibenden Reizes, chronisch. Für den Nieseact ist vicariirend der Trigeminushusten vorhanden. Wir haben also die Secretion und den Nieseact anzuregen, und unsere Aufgabe ist erfüllt." Es ist ersichtlich, dass mit der Annahme solcher Theorien der Pathologie hinfort jede Schwierigkeit in der Erklärung der Erscheinungen entzogen werden würde, aber ebenso evident, dass diese Theorien willkürlich und ohne jedes Analogon sind. Im Gegensatz zu den bloss falsch localisirten Empfindungen im Pharynx stehen nach Verf. die wahren Reflexneurosen des nasalen Trigeminus. Es sind dies Erscheinungen entfernterer Theile der Respirationsmusculatur. Sie stellen „pathologische Störungen der normalen Niesereflexfunction dar, qualitative Veränderungen mit quantitativ gesteigerter Reflexerregbarkeit." Die wichtigste Form derselben sei der Trigeminushusten. Der experimentell mit der Sonde etc. zu erzeugende Trigeminushusten fände sich bei allen nasalen Trigeminusneurosen. „Der spontane Trigeminushusten ist idiopathisch oder symptomatisch; als idiopathischer ist er entweder acut oder chronisch." In manchen Fällen führe derselbe zu „trigeminalen Stimmmodificationen", die gewöhnlich als Spasmus glottidis oder hysterische Aphonie beschrieben würden. Ebenso beruhe das Asthma „immer auf einer starken Reflexneurose des nasalen Trigeminus und documentire sich durch das stete Vorhandensein des characteristischen spontanen und experimentellen Trigeminushustens." Verf. legt Werth darauf, sich für diese Anschauung die Priorität zu wahren. Ref. glaubt nicht, dass sie ihm Jemand bestreitet. Räucherungen von mit starker Salpeterlösung getränkten Stramonium- oder Belladonnablättern bessern den Anfall, weil dadurch „Kopfschmerzen (also eine andere Trigeminusaffection) an seine Stelle eintreten." Hiermit kommt Verf. auf „das Umsetzen der verschiedenen Trigeminusaffectionen in einander" zu sprechen, wobei er findet, „dass das Umsetzen der Neurosen in die normalen Innervationsverhältnisse (Schwellung, Secretion, Niesen), das Streben der rationellen Therapie, oft leichter gesagt als ausgeführt ist."

B. FRAENKEL.

10) **Francis L. Parker. Ein Fall von Anosmie, verbunden mit einer knöchernen Exostose des Vomer, welche den unteren Nasengang verengte. Operation mittelst Drillbohrer mit nachfolgender Besserung des Geruchs. (Case of Anosmia associated with bony exostosis of vomer, which contracted the inferior meatus of the nose; operation by drilling, followed by improvement in smell.)** *Medical News. Vol. XLVII. No. 3. p. 64. 18. Juli 1885.*

Ein Kaufmann und Fleischbeschauer im Alter von 25 Jahren begann an intermittirendem Geruchsverlust beider Nasenhälften zu leiden, bald nachdem er eine besonders unangenehme Gütersendung untersucht hatte. Er wurde deswegen acht Monate lang sowohl innerlich wie local behandelt, jedoch ohne jeden Nutzen, bis man mittelst Zahndrillbohrers eine Exostose des Vomer entfernte, welche auf die linke untere Nasenmuschel hinüberreichte. Hiernach besserte sich sofort der Geruch auf beiden Seiten, sowohl hinsichtlich seiner Schärfe und seiner Beständigkeit. LEFFERTS.

11) **Ziem** (Danzig). **Delirium und vorübergehendes Irresein nach Operationen in der Nase.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1885.*

Verf. beschreibt drei Fälle von Kranken, bei welchen durch relativ geringfügige Eingriffe in die Nase momentanes Irresein hervorgerufen wurde. Zwei der Kranken waren Potatoren, der dritte Kranke bekam die Geistesstörung nach Eröffnung des Sinus maxillaris und Injection von Flüssigkeit in dieselbe. Verf. erwähnt ferner mehrerer Sehstörungen nach galvanocaustischer Cauterisation der Nasenmuscheln und glaubt, dass die genannten Veränderungen durch plötzliche Blutüberfüllung der Meningen hervorgerufen werden. SCHECH.

12) **Engel** (Wien). **Zur Pathologie der Nasen- und Highmorshöhle.** Aus der I. chirurgischen Abtheilung des Prof. Dr. Weinlechner in Wien. *Wiener med. Blätter. No. 34. S. 1052—1054. 1885.*

I. Bei einer 42jährigen Frau wurden weiche Polypen (Drüsenpolypen mit stark ausgedehnten Drüsenschläuchen) der linken Nasenhöhle, des Nasenrachenraumes und der Highmorshöhle im Jahre 1881 und 1882 mit der Polypenzange und dem Finger entfernt. Sie recidivirten bald wieder und erfüllten 1883 nicht bloss die oben genannten Räume, sondern drängten auch den l. Bulbus nach vorne und aussen unten. Sie wurden nun nach Spaltung der Nase, Exstirpation der inneren Augenhöhlenwand und theilweiser Resection des Oberkiefers mit dem Finger und scharfen Löffel entfernt, so dass die l. Keilbeinhöhle und auch ein Stück des Stirnhirns pulsirend zu Tage lag. Schon nach 6 Monaten trat neuerdings ein Recidiv auf, welchem die Kranke nach 5 Monaten erlag.

II. Ein Cavernom-ähnliches Fibrom, welches sich von den Flügelfortsätzen des l. Keilbeines in den Nasenrachenraum, die l. Nasenhöhle, die Flügelgaumengrube bis über und unter den Jochbogen ausbreitete, wurde durch osteoplastische Resection des Oberkiefers nach v. Langenbeck beseitigt, wucherte jedoch alsbald wieder im Nasenrachenraume. CHIARI.

13) **Kiesselbach** (Erlangen). **Ueber Nasenbluten.** Vortrag, gehalten in der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg. *Wiener med. Zeitung. No. 44. 1885.*

K. betont zunächst, dass eine dauernde Heilung der Epistaxis nur durch Zerstörung des Ursprungsortes zu erreichen sei. Derselbe liegt gewöhnlich am vorderen unteren Theile des Septum cartilagineum. Entweder sind es dann ectatische Capillaren oder Schwellgewebstheile, aus denen die Blutungen kommen; besonders begünstigt werden dieselben durch die straffe Anheftung und geringe Dehnbarkeit der Scheidewandschleimhaut an dieser Stelle. CHIARI.

14) **G. Masini. Ueber zwei Fälle von Epistaxis. (Sopra due casi di epistassi.)** *Bollettino delle malattie dell' orechio. della gola e del naso. No. 6. 1885.*

Als Ursache profusen Nasenblutens bezeichnet Verf. oberflächliche Schleimhauterosionen und, meist inmitten derselben, intensiv rothe Punkte, aneurysmatisch erweiterte Blutgefässe. Diese stellen die Quelle der Blutung dar. M. glaubt, „dass sie sowohl Lefferts als allen anderen Beobachtern entgangen seien, weil dieselben sich nicht des electrischen Lichts, sondern einer mangelhaften Beleuchtung bedient hätten." Die Behandlung bestand in der galvanocaustischen Zerstörung dieser „aneurysmatischen Dilatationen". KURZ.

15) **Solomon Solis-Cohen** (Philadelphia). **Kurze Notiz über die Behandlung der acuten Coryza. (Brief note on the treatment of acute coryza.)** *Philadelphia Med. Times. 8. August 1885.*

Atropin, in Dosen von 0,0005 ($^1/_2$ Milligramm) frühzeitig während des Anfalls gereicht, wirkt unter 10 Fällen 9 Mal wahrhaft abortiv. Zwei Dosen werden die Affection oft vollständig zum Stillstand bringen. Die Anwendung von Cocapräparaten in Verbindung mit Atropin wird ausserordentliche Resultate liefern. LEFFERTS.

16) **J. A. Robinson** (Chicago). **Die Behandlung der acuten Coryza. (The treatment of acute coryza.)** *Journal of the American Medical association. 25. Juli 1885.*

Cocainum hydrochloratum. LEFFERTS.

17) **E. R. Fontanille** (Bordeaux). **Ueber die Rhinitis hypertrophica. (De la rhinite hypertrophique.)** *Thèse. Bordeaux. 1885.*

Nach einer kurzen Schilderung des Krankheitsbildes der hypertrophischen Rhinitis kommt F. zu den Schlüssen, dass sie nicht als Symptom, sondern als eine Affection mit deutlich ausgesprochenen Symptomen und Verlauf aufzufassen sei, dass sie zu den mannigfachsten Complicationen Anlass geben könne und dass zu ihrer Behandlung der Galvanocauter und die Chromsäure anzuwenden seien.

Mehrere an des Ref. Klinik beobachtete Fälle werden zur Illustrirung obiger Sätze näher beschrieben. E. J. MOURE.

18) **Maximilian Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Ueber Chromsäureätzungen in der Nasenhöhle. (Des cautérisations à l'acide chromique dans les fosses nasales.)** *Revue mens. de laryngol., d'otol. etc. No. 10. October 1885.*

B. fand, dass die von Hering so warm empfohlene Aetzung mit Chromsäure bei starken und leicht zugänglichen Schwellungen der Nasenschleimhaut entschie-

den der Galvanocaustik nachstehe. Nur in den Fällen gebe er der Chromsäureätzung den Vorzug, wo die Schwellungen der Nase hoch oben in engem Gange sitzen, oder wo durch vorspringende Riffe und Auswüchse des Septums der Raum zwischen diesem und den Muscheln oder dem Nasenboden, entweder durch Verwachsung vollständig geschwunden oder doch so beengt war, dass oft feinste Sonden nicht mehr passiren konnten. Doch muss das Hering'sche Verfahren hierbei modificirt werden, denn die an die Silbersonde angeschmolzene Chromsäure würde am Eingange der engen Spalte abgestreift werden und hönnte in der Tiefe keine Wirkung mehr hervorbringen. Um das zu vermeiden, wickelt er einen, zwei, drei oder mehr Chromsäurekrystalle, so viel man eben für nöthig hält, in ein wenig Watte, die man zuvor schon zur Hälfte um eine Silbersonde gewickelt hat. Die so armirte Sonde wird auf die zu ätzende Stelle der Nase gebracht. Hier wird die Watte durch die sofort stattfindende Schleimabsonderung befeuchtet und die Wirkung der Chromsäure macht sich geltend. Mit der die Sonde führenden Hand kann man hierbei die erzielten Aetzeffecte förmlich abtasten. Der Schmerz ist hierbei nicht gross und kann durch Cocainanwendung vermieden werden. Es darf nicht zu viel Chromsäure genommen werden, schon der möglichen Intoxication wegen. Die Aetzungen müssen mehrere Male in Zeiträumen von 4—6—8 Tagen vorgenommen werden, auch darf die Nachbehandlung nicht ausser Acht gelassen werden. B. hat mit diesem Verfahren sehr gute Resultate erzielt, in Fällen wo die Galvanocaustik vergeblich angewendet worden war.

E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

19) **W. Camerer. Die Methode der richtigen und falschen Fälle, angewendet auf den Geschmackssinn.** *Zeitschrift für Biologie. 21. Bd. Neue Folge 3. Bd. Heft 4. 1885.*

Die äusserst wissenschaftlich gehaltene, höchst interessante Arbeit ist wegen der zahlreichen vergleichenden Tabellen und mathematischen Berechnungen zu einem Referat wenig geeignet; sie ist eine Ergänzung zu einer bereits im Jahre 1870 erschienenen Arbeit desselben Verfassers; bemerkt sei jedoch, dass nach des Verf.'s Ansicht die Papillae clavatae und circumvallatae der Zunge allein den Geschmack percipiren, aber nicht die übrigen Stellen der Mundhöhle oder die papillenfreien Stellen der Zunge. Zwei Stellen der Zunge sind bezüglich des Geschmacksinnes äquivalent, wenn sie von gleicher Grösse und gleich zahlreichen Papillen besetzt sind.

SCHECH.

20) **Fr. Thiery. Untersuchungen über die Geschmacksempfindungen, die Kau- und Schlingbewegungen und das Sprachvermögen eines Zungenlosen nach totaler Exstirpation des Organes.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 32. Heft 2 u. 3. 1885.*

Die Arbeit zerfällt in drei Theile. Der erste behandelt die Geschmacksempfindungen des Zungenlosen. Die Prüfung wurde vorgenommen nach ordentlicher Desinfection der Mundhöhle, ohne Ausübung eines Druckes, bei verschlossener Nase und Augen, sowie unter längerem Offenhalten des Mundes. Die Versuche über die Geschmacksempfindungen an den Lippen, dem Zahnfleisch, der inneren

Wangenfläche und dem harten Gaumen fielen negativ aus, während dieselben am weichen Gaumen und den Gaumenbögen ein positives Resultat ergaben (Wirkung des N. glossopharyngeus). Der zweite Abschnitt handelt von der Kau- und Schlingbewegung. In Bezug auf erstere konnte keinerlei Abweichung von der Norm constatirt werden; beim Schlingen jedoch neigte der Zungenlose den Kopf constant auf jene Seite, nach welcher hin die Epiglottis stärker gerichtet war; die Ursache davon liegt unzweifelhaft in der fehlenden Aufpressung des Kehldeckels durch den Zungengrund, weshalb der Zungenlose die Ingesta seitlich neben den Rändern des Kehldeckels in den Oesophagus hinabgleiten lässt.

Der dritte Abschnitt ist dem Zustande der Sprache vor und nach der Operation gewidmet. Derselbe eignet sich wegen der äusserst zahlreichen Hinweise auf die normale und pathologische Phonetik absolut nicht für ein Referat und muss im Original gelesen werden. Das Resumé der ganzen Arbeit lautet:

Die durch die vollständige Exstirpation der Zunge bedingten Störungen in der Geschmacksfunction, in dem Kau- und Schlingacte, in dem Sprachvermögen sind keineswegs so geringfügig, wie sie gewöhnlich dargestellt werden. Am wenigsten störend macht sich bei dem betreffenden Kranken die durch den Verlust der Zunge verursachte Abolition und Perversion des Geschmacks geltend, weil das Palatum molle und die Arcus palat. stellvertretend für das entfernte Organ eintraten. Da aber die genannten Theile wahrscheinlich nicht bei allen Menschen geschmacksempfindend sind, so wird in manchen Fällen die Zungenexstirpation eine vollständige Aufhebung auch der Geschmacksperception zur Folge haben. Entschieden mehr wie die letztere werden die Kau- und Schluckfunctionen und am allermeisten die articulatorische Fähigkeit eines Zungenlosen alterirt.

SCHECH.

21) **Baum** (Prag). **Casuistische Beiträge zur Kenntniss der extragenitalen Initialsclerose.** *Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syphilis. 1. Heft. 1885.*

B. giebt die Krankengeschichten von sechs Fällen von Initialsclerose an der Unterlippe und von zwei an der Oberlippe. CHIARI.

22) **Ehrlich** (Berlin). **Tuberculöses Lippengeschwür.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 41. S. 665. 1885.*

Im Verein der Charité-Aerzte stellte E. einen Kranken mit tuberculösem Lippengeschwür vor. Derselbe war Phthisiker und hatte sich an der Lippe verletzt. Der Grund und die Umgebung des Geschwürs war mit kleinen Knötchen besetzt. In dem Geschwürsboden wurde eine ungeheure Menge von Tuberkelbacillen nachgewiesen. An die Vorstellung schloss sich eine Discussion, in der E. auf eine Bemerkung Lewin's erwidert, dass man tuberculöse Geschwüre von Lupus dadurch unterscheiden könne, dass bei Lupus die Bacillen sich nur sehr spärlich, bei Tuberculose sehr reichlich fänden. B. FRAENKEL.

23) **Schech** (München). **Ueber Leukoplakia oris.** *Aerztl. Intelligenzblatt. No. 40 und 41. 1885.*

Nach Schilderung der subjectiven und objectiven Erscheinungen der Leukoplakie und den Hinweis auf die Thatsache, dass Carcinom der Lippen, Wangen und Zunge nicht selten der sogen. Psoriasis oris folge, legt Verf. das Hauptgewicht

auf die Aetiologie. Unter den lokalen Reizen, welche die Krankheit produciren können, steht das Tabakrauchen obenan; sodann erwähnt Verf. einen Fall bei einem Schornsteinfeger, bei dem unzweifelhaft die Einathmung des Russes die Affection provocirte und unterhielt; andere Reize sind: Tabakkauen, Genuss scharfer, gewürzter Speisen und Alcoholica; auch Anämie und Dyspepsie werden von Einigen zu den Ursachen der Krankheit gezählt. Verf. hält die Leukoplakie weder für ein directes Product der Syphilis, noch für ein Zeichen früherer Lues; dass auch manche Syphilitische an Leukoplakie erkranken, erklärt Verf. aus dem Einfluss des Quecksilbers auf die Mundschleimhaut; sind solche mit Quecksilber behandelte Syphilitische starke Raucher, dann entsteht bei dem doppelten Reize, der die Mundhöhle trifft, leicht Leukoplakie. Die Epitheltrübungen nach Mercurialcuren rechnet Verf. auch zur Leukoplakie, nur entwickeln sie sich äusserst selten zu verhornten Platten, weil die Ursache niemals so lange einwirkt als bei den durch andere Reize, namentlich den durch Tabak erzeugten Formen. Die Absätze über Diagnose, Prognose und Therapie enthalten nichts Neues. AUTOREFERAT.

24) **Joseph** (Berlin). **Beitrag zur Therapie der Leukoplacia.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 43. 1885.*

Erfolgreiche Behandlung eines Falles durch energische, alle 24 Stunden einmal vorgenommene Verreibung eines mit reiner Milchsäure getränkten Wattetampons auf die erkrankten Stellen. B. FRAENKEL.

25) **R. Tilley. Myceliumlager der Tonsille. (Mycelia from a tonsil.)** *Chicago Med. Journal and Examiner. Juli 1885.*

Demonstration des aus den Crypten einer Tonsille entnommenen Präparates vor der Chicagoer med. Gesellschaft. LEFFERTS.

26) **F. P. Atkinson** (Surbiton). **Die Association von Tonsillitis mit der rheumatischen Diathese. (The association of tonsillitis with the rheumatic diathesis.)** *Brit. Med. Journal. 11. Juli 1885.*

A. glaubt nicht an den von manchen englischen Autoren behaupteten Zusammenhang zwischen Tonsillitis und rheumatischer Diathese. Dagegen meint er, dass ersteres Leiden häufig in Association mit hochgradiger musculärer und nervöser Erschöpfung auftrete. SEMON.

27) **A. W. Calhoun** (Atlanta, Ga.). **Hypertrophische Tonsillen. (Hypertrophied tonsils.)** *The Atlanta Medical and Surgical Journal. Juli 1885.*

Verf. empfiehlt die frühzeitige Exstirpation bei Kindern, sobald die Hypertrophie stark genug ist, um Mundathmen zu verursachen, oder Taubheit in Aussicht zu stellen.

Die Operation mit der Zange und geknöpftem Bistouri ist die Methode, welcher der Autor den Vorzug giebt. LEFFERTS.

28) **A. W. Perry. Schwere constitutionelle Folgen der Tonsillenvergrösserung bei Kindern. (The serious constitutional effects of enlarged tonsils in children.)** *New-York Med. Record. 3. Oct. 1885.*

Der Autor meint, dass es eine irrthümliche Annahme sei, dass die mit der

Tonsillenvergrösserung vergesellschafteten Symptome, wie geschwollene Lippen, bleiches Aussehen, Hühnerbrust und allgemeine Schwäche durch eine präexistirende skrophulöse Diathese bedingt seien. Er glaubt vielmehr, dass das Umgekehrte der Fall sei. Er behauptet, dass die Tonsillenhypertrophie eine vorhergehende und hinreichende, wenn auch nicht stets vorhandene Ursache der sogen. Scrophulose sei. LEFFERTS.

29) **Frank Donaldson, jr.** (Baltimore). **Harter Schanker der Tonsille. (Hard chancre of the tonsil.)** *Medical News. Philadelphia. Vol. XLVII. No. 7. p. 173. 15. August 1885.*

Verf. giebt bei Gelegenheit eines von ihm beobachteten und behandelten Falles ein bewundernswerthes Resumé über diesen Gegenstand mit zahlreichen Literaturangaben; ebenso wird die Diagnose eingehend besprochen. Der vorliegende Fall bot Schwierigkeiten dar, weil gleichzeitig auf der Lippe ein hartes Geschwür bestand, und weil die Reinfectio syphilitica in Frage kam.

Diese ausgezeichnete Abhandlung ist allen Denjenigen dringend zu empfehlen, welche sich für diesen Gegenstand interessiren. LEFFERTS.

30) **Abraham** (Dublin). **Tuberculöse Tonsille. (Tubercle of the tonsil.)** *Dublin Journal of Med. Science. October 1885.*

Demonstration einer grossen, unter dem Mikroscop typische Tuberkel und beginnende Verkäsung aufweisenden Tonsille vor der Pathologischen Section der Academy of Medicine in Ireland. Die Patientin war eine junge, scrophulöse Frau. Die andere Tonsille war ähnlich afficirt. Sonst aber waren Fauces, Pharynx, Larynx und Lungen völlig frei und auch keine constitutionellen Symptome vorhanden. Der Vortragende machte auf die Spärlichkeit der Literatur über diese Affection der Mandeln aufmerksam und sprach die Vermuthung aus, dass man dieselbe vielleicht öfter finden würde, wenn man nach ihr suchte. Adenoides Gewebe sei ein Lieblingssitz von Tuberkeln, und das gelegentliche Auftreten derselben in den Lymphfollikeln der Tonsillen sei daher wohl zu erwarten.

Der Präsident (Dr. A. W. Foot) schloss sich im Wesentlichen den Ausführungen des Redners an, und wies darauf hin, dass Mandelhypertrophie ein Symptom der scrophulösen Diathese sei, welche wiederum mit der Tuberculose in nahen Beziehungen stünde. Dr. Kendal Franks gedachte eines Falles, der unter seiner eigenen Beobachtung gestanden hatte, und mit dem vorliegenden manche Aehnlichkeit hatte, doch wurden in diesem Falle schliesslich auch der Pharynx und der Zungengrund tuberculös. Er glaube übrigens nicht, dass Tonsillarhypertrophie ein Zeichen von Scrophulose sei. — Dr. Kennedy's Erfahrung geht dahin, dass man nur selten vergrösserte Tonsillen bei phthisischen Individuen findet. — Die Discussion verdient im Original nachgelesen zu werden.

SEMON.

d. Diphtheritis und Croup.

31) **Schottin** (Dresden). **Die diphtheritische Allgemeinerkrankung und deren Behandlung.** Berlin. Hirschwald. 1885.

Verf. hält die Diphtherie nicht nur für einen localen Process, sondern auch

für eine Allgemeinerkrankung, welche sich sehr häufig ohne nachweisbare Localaffection manifestirt. Mit der Diagnose dieser Allgemeinerkrankung macht es sich Verf. allerdings sehr leicht, denn alle Krankheitserscheinungen, bei denen er keine Erkrankung des Rachens gefunden hatte, sind für ihn „diphtheritische Allgemeinaffectionen". So muss ein Knabe, der nach heftiger Insolation plötzlich mit cerebralen Erscheinungen: Fieber, Convulsionen, Sopor erkrankte und in derselben Nacht starb, deswegen an allgemeiner Diphtherie innerer Organe gestorben sein, weil wenige Tage später dessen Bruder an localisirter Diphtherie (?) erkrankte. Was übrigens Verf. für localisirte Diphtherie hält, mag daraus erhellen, dass bei einem Knaben, der 8 Tage nach der ersten Invasion eine „Diphtherierecidive" bekam, plötzlich die Mandeln platzten und aus den tiefen Spalten desselben gelbweisse Häute hervorquollen; nach 4 Wochen war die erkrankte Mandel ganz atrophisch und nicht mehr zu finden!!

Verf. identificirt aber nicht nur die abscedirende Tonsillitis — deren Krankheitsbild und Ausgang in Atrophie er unbewusst naiv so gut gezeichnet hat, schlankweg mit Diphtherie, sondern behauptet auch, die auf den Tonsillen vorkommenden „inselförmigen, gelbweissen Belege (Folliculararangina!) verliefen meist ohne jegliche Temperatursteigerung! Die diphtheritische Metastase kann sich nach des Verf.'s Beobachtung unmittelbar vor dem Erscheinen des Belags in Form einer gallertigen Masse „ausscheiden", die unter dem Mikroscop sich als Schleim entpuppt; in der Literatur sei bisher jedoch davon durchaus Nichts bekannt gewesen! Verf. spricht dann von einer Diphtherie der Nieren, des Magendarmcanals, der Muskeln, der Parotis und Submaxillaris, der Hirnhäute etc. Hochinteressant ist ein Fall von Darmdiphtherie. Ein diphtheriekranker (?) Knabe bekommt nach des Verf.'s gewöhnlichen Verordnung ein „kräftiges" Calomelpulver, worauf mehrere blutige Stühle auftreten und das Kind stirbt. Obwohl keine Section vorgenommen wurde, ist es für den Verf. ausgemacht, dass das Kind an „Darmdiphtherie" starb!

Wie Verf. ferner mit der Logik umspringt, mag aus folgendem erhellen: Manche als Reflexerscheinungen gedeutete Symptome, sagt Verf., seien nur diphtheritische Processe des Gehirnes selbst; aber ohne pathologisch-anatomische Beweise, meint er, lasse sich eine derartige Behauptung nicht aufrecht erhalten; anders aber verhalte es sich mit der diphtheritischen Localisation in den Meningen, hier habe „man" festere und sichere Handhaben, um auch ohne anatomische Vorlagen die Mitbetheiligung der Meningen am diphtheritischen Allgemeinleiden zu diagnosticiren. Diese sichere Handhabe findet nun der Verf. in einer „Kranken"geschichte, welche aber dem Leser den allergrössten Zweifel an der Diagnose hervorzurufen geeignet ist. Die Muskelschmerzen im Beginn der Diphtherie sind ihm ferner nicht Aeusserungen des Fiebers, sondern Folgen der Pilzeinwanderungen in die Muskeln, die er selbstverständlich niemals einer anatomischen oder mikroscopischen Untersuchung gewürdigt hat. Die Behandlung des Verf.'s besteht vor allen Dingen in der Verabreichung einer „kräftigen" Dosis Calomel — sie scheint im Hinblick auf den oben erwähnten Fall von Darmdiphtherie manchmal „sehr" kräftig zu sein —, ferner in Quecksilbereinreibungen in die Muskeln und in dem innerlichen Gebrauche

von unterschwefeligsaurer Magnesia. von welcher der seit 19 Jahren und gottlob nur in noblen Kreisen practicirende Verf. wahre Wunder gesehen hat; ein Weiterschreiten der Diphtherie auf den Kehlkopf ist diesem Glücklichen deshalb auch nicht vorgekommen. Gurgelungen, Inhalationen etc. wendet Verf. auch bei localisirter Diphtherie nicht an, da durch eine locale Behandlung die Diphtherie nur fortgepflanzt wird!! SCHECH.

32) **Colin. Die diphtheritischen Affectionen der Thiere. (Les affections diphthéritiques des animaux.)** *Académie des sciences de Paris. 15. Juni 1885. — Progrès méd. No. 26, 27. Juni 1885.*

C. untersuchte zuerst, ob die Diphtherie der Kinder geeignet sei, sich auf Thiere zu übertragen. Er stellte seine Beobachtungen an Schweinen an, da diese leichter als die anderen Thiere Diphtherie bekommen und zwar sind sie einer Angina pseudo-membranacea unterworfen, die der des Menschen analog ist. Er fand nun, dass die Diphtherie der Kinder weder im Rachen, noch im Kehlkopfe oder an anderen Partien der Schweine diphtheritische Exsudate hervorrufe. Die Angina pseudo-membranacea der Schweine scheint also ihrer Specificität nach verschieden zu sein von der menschlichen Diphtherie.

Bei weiteren Untersuchungen, die C. am Geflügel anstellte, fand er, dass die Secretionsproducte und Exsudate der erkrankten Schleimhäute sehr ansteckungsfähig, das Blut und der Darmsaft aber weniger wirksam waren. E. J. MOURE.

33) **Unterholzner. Ueber Diphtheritis, hauptsächlich Statistisches, nach Beobachtungen am Leopoldstädter Kinderspital in Wien von den Jahren 1873—1883.** *Jahresbericht für Kinderheilkunde. Bd. XXII. Heft 4 u. Bd. XXIII. Heft 3. 1885.*

Der erste Theil der Arbeit ist rein statistischer Natur; der sich dafür interessirende möge das Original nachlesen; der zweite Theil betrifft klinische Beobachtungen und soll deshalb hauptsächlich berücksichtigt werden. Verf. hält es nicht für unwahrscheinlich, dass die die Masern und den Scharlach begleitende Diphtherie dieselbe Krankheit ist, wie die gemeine Diphtherie; gleichwie sich Masern mit Scharlach, dieser mit Varicellen etc. gleichzeitig vorfindet, so könne auch die Diphtherie gleichzeitig mit anderen acuten Exanthemen den Körper befallen. Zur Stütze seiner Ansicht führt er folgende merkwürdige Beobachtung an. In einer Familie erkrankten in ununterbrochener Reihenfolge drei Knaben an Diphtherie, welche dem Ausbruche der Masern vorausging, dann ein Mädchen an Masern, ferner die Mutter an Diphtherie ohne Exanthem; schliesslich wurde das Mädchen, das eben die Masern überstanden hatte, von Scharlach mit Diphtherie ergriffen! Im Hinblick auf diese Beobachtung liegt die Annahme äusserst nahe, dass der Infectionsstoff der Diphtherie von dem ersterkrankten Knaben auf die anderen überging und bei der Mutter wohl Diphtherie, aber keine Masern erzeugte. In Betreff der Diagnose erwähnt Verf. drei Fälle von gutartiger Pharynxmykose, welche mit fieberhaften Erscheinungen und mässiger Lymphdrüsenschwellung einhergingen; beide hält er für zufällig. In den Auflagerungen fanden sich Leptothrixfäden. In Wien zeigte sich die kältere Jahreszeit für die Ausbreitung der Krankheit günstiger; bei dem nothwendigen Aufenthalt in geschlossenen Räumen ist auch die Infectiosität und Morbidität eine grössere. Die

Disposition ist im Alter unter einem Jahre geringer als von 1—5; Schmutz und schlechte Wohnungen können zwar die Diphtherie weiter verbreiten, aber nicht verursachen; selbst die kräftigste Constitution giebt keinen besonderen Schutz; Tonsillotomien sollen unterlassen werden, wenn Diphtherie herrscht; einmaliges Ueberstehen schützt nicht vor Wiedererkrankung (nochmaliges Erkranken ist jedoch nach des Ref. Erfahrung äusserst selten). — Symptomatologie. Im Beginne war Erbrechen sehr häufig; die Temperatur war zuweilen ganz irregulär und wechselte äusserst oft; in der Mehrzahl der Fälle war die Exsudation eine doppelseitige und ziemlich ausgebreitete; die Gefahr wächst mit der Intensität der Exsudation; nach Abstossung der Membranen erschien die Schleimhaut theils normal, theils oberflächlich ecchymosirt, oder mehr weniger tief ulcerirt, selbst gangränös. Der Kehlkopf war in 241 Fällen mitergriffen; von den 106 Tracheotomirten starben 70,7 pCt. Nierenerkrankungen fanden sich in leichten und schweren Fällen, in schweren jedoch häufiger; der Eiweissgehalt sehr wechselnd, zuweilen kamen vorübergehende Oedeme zur Beobachtung. Die durchschnittliche Sterblichkeit betrug in 10 Jahren 47,8 pCt. Von den beobachteten Lähmungen war die des Gaumensegels die häufigste. Therapeutisch erwies sich kein einziges der vielgepriesenen Mittel von wesentlichem Erfolge.

SCHECH.

34) **E. Wagner. Zur Kenntniss der Diphtherie und ähnlichen Erkrankungen des Gaumens.** *Jahrb. für Kinderheilkunde. Bd. 23. Heft 4. 1885.*

Verf. bespricht zuerst die Ansicht von Virchow über Diphtherie und erwähnt den Gegensatz, in welchem dieser verdiente Forscher mit der Mehrzahl der Kliniker, so besonders auch Henoch, sich befindet. Seine eigenen Anschauungen hat Verf. bereits in v. Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. und Therapie, Bd. VII., 1. niedergelegt. Besonders häufig sei die Verwechselung mit der nicht specifischen, oberflächlich-necrotisirenden Amygdalitis, bei dieser finde sich niemals ein croupähnliches Netzwerk oder Schleimhautgewebe, doch sei ihr Verhalten nicht so wie bei lacunärer Tonsillitis. Das Verhältniss der gewöhnlichen fieberhaften acuten lacunären Tonsillitis zur primären Diphtherie sei noch nicht so klar, als es nach den meisten Darstellungen zu sein scheine. Verf. hält dieselbe für eine Infectionskrankheit, weil die Affection zu manchen Zeiten, besonders im Frühling und Herbst, massenhaft vorkomme, weil ferner das Fieber und die Allgemeinerscheinungen vor den localen Veränderungen aufträten und endlich die Krankheit kritisch oder lytisch verlaufe und mit Herpes und Milztumor einhergehe.

SCHECH.

35) **G. A. Tye** (Chatham, Ont.). **Diphtherie. (Diphtheria.)** *Canada Lancet. August 1885.*

Verf. bespricht die Materie nach den verschiedensten Richtungen hin mit Rücksicht auf den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete und illustrirt sie durch Fälle aus seiner eigenen Erfahrung. Das Pancreatin wird sehr günstig beurtheilt.

LEFFERTS.

36) **William T. Plant** (Syracuse). **Diphtherie. (Diphtheria.)** *Archives of pediatrics. 15. Juli und 15. August 1885.*

Eine systematische Besprechung des Gegenstandes in Form einer klinischen Vorlesung.

LEFFERTS.

37) **Lucas de Crésantignes. Einige Betrachtungen über Fortpflanzung und Prophylaxis der Diphtherie. (Quelques considérations sur la propagation et la prophylaxie de la diphthérie.)** *Thèse. Paris. 18. Februar 1885.*

Nachdem der Autor einige statistische Daten über die Ausbreitung der Diphtherie in Paris wiedergegeben hat, führt er mehrere persönlich beobachtete Fälle von mittelbarer Uebertragung des Diphtherie-Contagiums an. Zum Schlusse werden die nothwendigen prophylaktischen Massregeln, die Isolirung und den Transport Diphtheritischer betreffend, kurz erläutert. E. J. MOURE.

38) **T. R. Buckham** (Flint, Mich.). **Prophylaxe gegen Diphtherie. (Prophylaxis of diphtheria.)** *Journal of the American Medical Association. 11. Juli 1885.*

Verf. glaubt an die Pilztheorie der Diphtherie. Da nun anzunehmen ist, dass jedes Mittel, welches die entwickelten Bacterien tödtet, im Stande ist, die Entwickelung der Microorganismen bei Denjenigen, welche der Infection ausgesetzt sind, zu verhüten, so verordnet er bei diesen Allen dieselben inneren Mittel, welche die Patienten erhalten (Sublimat). LEFFERTS.

39) **Max Weiss** (Wien). **Der gesammte tabische Symptomencomplex im Verlaufe von Diphtherie.** *Wiener med. Zeitung. No. 41 u. 42. 1885.*

Nach kurzer Besprechung der Literatur der Lähmungen nach Diphtherie beschreibt W. zwei Fälle, in welchen sich 3 bis 4 Wochen nach Ablauf des localen diphtheritischen Processes der tabische Symptomencomplex entwickelte mit Ataxie, Accommodationslähmung etc.; nach $1^1/_2$ bis 3 Monaten waren aber die meisten Symptome wieder zurückgegangen. CHIARI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

40) **David Newman** (Glasgow). **Zwei Vorträge über chronische Laryngitis und Pharyngitis: ihre Pathologie, Symptome und Behandlung. (Two lectures on chronic laryngitis and chronic pharyngitis: their pathology symptoms and treatment.)** *Brit. Med. Journal. 4. u. 11. July 1885.*

Zwei sehr hübsch, vollständig und übersichtlich geschriebene, durch passende Fälle erläuterte, elementar gehaltene Vorträge, die ebenso wie des Verf.'s bald zu berichtender Vortrag über Aphonie Lectüre im Original verdienen. Nur die Aufstellung einer „atrophischen Laryngitis" will dem Ref. nicht gefallen. Er verweist in dieser Beziehung auf das hinsichtlich der Gordon Holmes'schen „glandulären Laryngitis" Gesagte. (Vgl. Centralblatt, I. Jahrgang, S. 251.)
SEMON.

41) **P. Massucci** (Neapel). **Ein Fall von hämorrhagischer Tracheo-laryngitis. (Un caso di laringo tracheite emorragica.)** *Estratto dal giornale internazionale delle scienze mediche. 1885.*

Ein hereditär belasteter, etwas heruntergekommener Mann von 39 Jahren wurde heiser, nachdem er das Gefühl eines Fremdkörpers im Kehlkopf gehabt und sich durch Husten von demselben zu befreien gesucht hatte. Die Untersuchung ergab eine trockene Pharyngitis und Blutextravasate in der Schleimhaut

der Arytaenoidknorpel, der Lig. ary-epiglott. und zum Theil auch der wahren Stimmbänder, einige hämorrhagische Punkte in der Schleimhaut der ersten Trachealringe; Heilung unter Inhalationen von Alaun und Tannin, sowie Insufflationen von Plumbum aceticum. Als Ursache sieht M. in seinem Fall Hämophilie an, da P. früher an Nasenbluten gelitten hatte. Er citirt die Fälle und Ansichten von Fränkel, Böcker, Gottstein, Bresgen, Schnitzler u. A. Sein Fall ist der erste in Italien publicirte. KURZ.

42) **A. Lanz. Ein Fall von Laryngitis haemorrhagica. (Slutschai Laryngit haemor.)** *Medic obosr. Bd. XXIV. No. 14. 1885.*

Ein 16jähriger, sonst vollkommen gesunder Knabe war nach anhaltendem Singen und einer starken Erkältung vollkommen aphonisch geworden. Laryngoscopisches Bild: Intensiver Catarrh, Parese der Mm. thyreo-arytaen. int. und schwarzbraune Borken auf den Stimmbändern, die denselben mehr oder weniger fest anhaften. Obgleich die Borken durch Inhalationen einer Sodalösung entfernt wurden, so bildeten sich doch immer neue. Während eines starken Hustenparoxysmus hustete Pat. einen Theelöffel voll reinen Blutes aus. Die sofort vorgenommene laryngoscopische Untersuchung zeigte, dass die Stimmbänder theils mit punktförmigen Hämorrhagien, theils mit frischen Gerinnseln bedeckt waren. Als dieselben abgewischt wurden, sah Verf., wie auf den geschwellten und aufgelockerten Stimmbändern kleinere Blutpunkte anftraten, die sich allmälig vergrösserten und zusammenflossen. Nach einem Monat wurde Pat. geheilt entlassen. LUNIN.

43) **Bergmann. Laryngitis hypertrophica subglottica.** Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft für practische Aerzte zu Riga. *Petersburger med. W. No. 32. 1885.*

B. demonstrirt einen Knaben, dem er vor Jahresfrist wegen Laryngitis hypertrophica subglottica die Laryngofissur gemacht und die Wülste mit dem Paquelin zerstört hatte. LUNIN.

44) **R. Naether. Ueber die Laryngitis hypoglottica acuta gravis (v. Ziemssen).** *Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 37. Heft 6. October 1885.*

Nach Mittheilung dreier Fälle bespricht Verf. die Aetiologie: als Ursachen sind zu vermerken: Temperatureinflüsse, nasskalte Witterung, chemische, thermische, mechanische Reize; secundär tritt die Affection auf im Verlaufe acuter Infectionskrankheiten, namentlich auch der Tuberculose, und wie Ref. auch hinzufügen muss, der Syphilis. Das anatomische Substrat ist die ödematöse Infiltration des submucösen, auch des intermusculären Bindegewebes; der untere Kehlkopfraum ist dazu besonders geeignet, weil Mucosa und Submucosa auf ihrer Unterlage leicht verschiebbar sind, so dass durch Wasserinjection in der Leiche die Krankheit erzeugt werden kann. Die Capitel über Symptome, Diagnose und Prognose enthalten nur Bekanntes. Therapeutisch empfiehlt Verf: locale Antiphlogose (Eisumschläge, Eispillen) eventuell Blutentziehungen, Scarificationen, Tubage mittelst Schrötter'scher Röhren, Tracheotomie. Bei langsamer Zurückbildung der Wülste Inhalationen, Adstringentia; in secundären Fällen Berücksichtigung des Grundleidens. SCHECH.

45) **G. B. Hope** (New-York). **Acutes Oedem der Epiglottis. (Acute oedema of the epiglottis.)** *Medical Record New-York. p. 177. 15. August 1885.*

Das Oedem war entstanden durch Einführung eines Fingers in den Hals, um Erbrechen hervorzurufen. Durch Incision mit einem Larynxmesser wurde es beseitigt. LEFFERTS.

46) **Noltering** (Münster i. W.). **Oedema glottidis. Pilocarpin subcutan. Heilung.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1885.*

Erzählung eines durch subcutane Pilocarpininjectionen geheilten Falles und Empfehlung des Mittels gegen ödematöse Larynxschwellungen, Diphtherie, Croup etc. SCHECH.

47) **v. Brunn** (Lippspringe, San Remo). **Die Aspiration, eine häufige Ursache zur Verbreitung der Tuberculose innerhalb der Lunge.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 31. S. 498. 1885.*

Verf. nimmt an, dass bei Larynxtuberculose eine Verbreitung der Lungentuberculose durch Aspiration stattfände. Er führt, um dies zu beweisen, eine klinische Beobachtung an, die Ref. jedoch als sogenannte Verschluckpneumonie deuten zu müssen glaubt. (Dass Aspiration übrigens vom Kehlkopf gegen die Lungen hin stattfindet, hat Schech durch den Nachweis von Krebspartikeln in den Bronchien bei einem Fall von Larynxcarcinom bewiesen.) B. FRÄNKEL.

48) **A. Alexejew** (Ardahan, Armenien). **Zwei Fälle von Tuberculose des Pharynx und Larynx. (Dwa slutschaja tuberculosa sewa u glotci.)** *Russ. Med. No. 29—31. 1885.*

Ausführliche Beschreibung zweier Fälle von acut verlaufender Lungentuberculose, in denen sich zu der primären Lungenerkrankung Tuberculosis des Pharynx und Larynx hinzugesellt hatte. LUNIN.

49) **Franz Fischer** (Meran Gleichenberg). **Laryngologische Bemerkungen zur Diagnose der tuberculösen Lungenphthise.** *Wiener med. Wochenschr. No. 35. 1885.*

F. weist zunächst auf die einseitige Stimmbandentzündung und die kolbige Verdickung des freien oberen Randes der Epiglottis als sehr frühzeitige tuberculöse Erscheinungen hin, welche bei noch wenig ausgebildeter Erkrankung der Lungen die Diagnose derselben erleichtern, ebenso wie das tuberculöse Ulcus und der tuberculöse Tumor der hinteren Larynxwand. Bei fortgeschrittener Tuberculose der Lungen wird manchmal der rechte Recurrens durch pleuritische Schwarten comprimirt; nur selten kommt es zur tuberculösen Tumorenbildung im Kehlkopfe. CHIARI.

50) **H. Krause** (Berlin). **Milchsäure gegen Larynxtuberculose.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 29. 1885.*

Die Beobachtungen v. Mosetig-Moorhof's bei Lupus, dass Milchsäure das kranke Gewebe zerstört, aber das gesunde unberührt lässt, veranlassten K., die Milchsäure bei Larynxtuberculose zu versuchen. Mit einer 10procent. Lösung beginnend, ging er bald zu 50, 60 und 80procent. Lösung über. Die Wirkung der schwächeren bis 50procent. Lösungen ist empfindlich, aber bald vorüber-

gehend; darüber hinaus ruft die Milchsäure ziemlich stürmische Erscheinungen hervor (kurzen Glottiskrampf, mit nachfolgendem Gefühl von Brennen), die in dem einen Fall ziemlich schnell verschwinden, in dem andern bis zu 6 Stunden andauern können. Es empfiehlt sich, die Säure in die afficirten Partien zu verreiben, mit einem Schwamm oder Watte. Vorherige Einpinselungen mit Cocain verringern die Nebenwirkungen. Das Laryngoskop zeigt die vorher gerötheten und geschwollenen Partien auffallend blass und abgeschwollen: nach Application der stärkeren Concentrationen, bei der 80procent. fast regelmässig einen reifähnlichen Schorf, auch auf gesunden Schleimhautpartien haftend. In den nächsten Tagen ist auf den Geschwüren in der Regel ein fest anhaftender derber Schorf sichtbar. Zugleich beobachtet man Abnahme der Schwellung und Infiltration, nach Abstossung des Schorfes Aufschiessen gesunder Granulationen auf dem Geschwürsgrunde, Verschwinden prominenter papillärer Excrescenzen, Verkleinerung und allmälige Vernarbung der Geschwüre und damit einhergehend Beseitigung des Schluckwehs, Verbesserung der Stimme und des subjectiven Befindens. Wo keine Schorfbildung stattfand, oder neben dem Schorfe sich freiliegende ulcerirte Flächen zeigten, wurde allmälig zu den stärksten Lösungen aufsteigend, die Milchsäure täglich aufgetragen. Bei den verschorften Ulcerationen wartete K. bis zum Auftauchen von röthlich granulirenden Inseln, um dann sogleich wieder die Säure einzureiben. K. theilt 14 Fälle mit, die die günstigen Erfolge der Milchsäurebehandlung erkennen lassen.

Auch bei anderen Krankheiten der oberen Luftwege bewährte sich die Anwendung der Milchsäure und zwar bei mit Schwellung und Verdickung einhergehenden chronischen Catarrhen der Nase, des Pharynx (Ph. granulos.) und des Larynx. Auch in einem Fall von Rhino-Pharyngosclerom.

In der Berliner Med. Gesellsch. vom 14. October 1885 (Berl. klin. Wochenschrift. No. 45) besprach K. denselben Gegenstand und war in der Lage, den Kehlkopf eines an Lungenphthise verstorbenen, von ihm mit Milchsäure behandelten Patienten vorzuzeigen, an welchem sich da, wo die Milchsäure applicirt war, vollkommene Vernarbung zeigte. Ebenso, wie an diesem Patienten hat K. inzwischen mehrfach das Freibleiben so erzielter Narben von weiteren tuberculösen Schüben beobachtet. Er betont, dass seine weiteren Erfahrungen die günstige Wirkung der Milchsäure, namentlich in solchen Fällen bestätigten, wo die hintere Larynxwand frei geblieben sei. Aehnliche Erfolge hätten Gottstein in Breslau und Hering in Warschau erzielt. Ueberdies stellte K. einige Kranke vor, an denen die Vernarbung demonstrirt wurde.

In der angeknüpften Discussion bestätigte Rosenberg die Erfahrungen K.'s über Milchsäure, empfahl aber als nicht schmerzhaft und auch heilend wirkend eine 20procent. ölige Menthollösung. W. Lublinski dagegen glaubt, dass mit Milchsäure, die er übrigens nur in höchstens 50procent. Lösung versucht hatte, sich nicht mehr erreichen lasse, wie mit Borsäure, Plumb. acetic., Tannin und anderen Mitteln. Böcker und P. Heymann verwerfen die Milchsäure gänzlich. Virchow spricht Angesichts des demonstrirten Präparats ein gewisses Lob über das Ergebniss der Behandlung aus und erwähnt das Vorkommen vernarbter

tuberculöser Geschwüre im Darme. Er wünscht, dass man eine längere Zeit verstreichen lasse, bevor man von Heilung der Larynxphthise spräche.

B. FRAENKEL.

51) **O. Masini** (Genua). **Die comprimirte Luft bei tuberculöser Larynxstenose. (L'aria compressa medicata nelle laringostenosi tubercolari.)** *Archivio internazionale di otojatria, rinojatria ed aeroterapia. Fasc. III. 1885.*

M. empfiehlt die Einathmung comprimirter Luft mittelst des Waldenburg-schen Apparates. Er lässt dieselbe durch eine Lösung von Jodoform in Terpentin (10 zu 100 auf $^1/_2$ Liter Wasser) streichen. (Ref., der dieses Verfahren früher häufig geübt hat, hat davon nie einen Nutzen gesehen, sondern nur eine Vermehrung der Beschwerden, da der Terpentin gewöhnlich eine unerträgliche Trockenheit im Hals hervorrief.)

KURZ.

52) **Ernst Remak** (Berlin). **Fall von doppelseitiger Lähmung des N. accessor. Willis.** Vortrag im Verein für innere Medicin. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 27. S. 468. 1885.*

Bei einem Syphilitischen fanden sich neben Atrophie und Lähmung der Nackenmuskeln, der vorderen Halsmuskeln und einiger Muskeln der oberen Extremität laryngoscopisch nach Böcker's Untersuchung „am 1. April die Symptome einer linksseitigen Recurrenslähmung, am 6. Mai stand das rechte Stimmband still, am 16. Mai doppelseitige Recurrenslähmung. In der Ruhelage befinden sich die Stimmbänder in einer Mittelstellung zwischen der Cadaverstellung und derjenigen der Posticuslähmung mit einem Zwischenraum von ca. 3 Mm. im hinteren Theil der Stimmritze." Bei der Inspiration keine Bewegung; bei der Phonation legen sich die Stimmbänder nicht an einander und flottiren in groben Schwingungen, was Böcker auf eine Lähmung des M. cricothyreoid. bezieht. Puls 90 bis 115. Der Process wird als Pachymeningitis syphilitica in der Gegend der vorderen Wurzeln der obersten Cervicalnerven und der Accessoriuswurzeln gedeutet. Pat. zeigt Exostosen der Halswirbel. Remak glaubt, dass dieser Befund sich mit dem Semon'schen Gesetz der leichteren Erkrankung der Postici nicht vereinbaren lasse, ein Schluss, dem Ref. nicht zu folgen vermag.

B. FRAENKEL.

53) **H. Oppenheim** (Berlin). **Ueber Vaguserkrankung im Verlauf der Tabes dorsalis.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 4. 1885.*

Verf. beobachtete auf der Westphal'schen Klinik im Ganzen 12 Fälle von Larynxkrisen bei Tabes. Von diesen beschäftigt sich sein vorliegender, in der Gesellschaft für Psychiatrie gehaltener Vortrag mit zweien genauer. Der Eine ist ein noch lebender Tabiker, der, nachdem gastrische Krisen Jahre lang bestanden, Erstickungsanfälle bekam. „Das eine Mal wird Pat. während der Nahrungsaufnahme oder auch unabhängig von dieser plötzlich von Athemnoth befallen, er hat das Gefühl, als ob ihm etwas im Halse stecken bliebe, er lässt ein langes inspiratorisches Stridorgeräusch hören, wird blau und sinkt bewusstlos um. Andermal wird er mit oder ohne Vorboten von einem heftigen Husten befallen, der aus sich schnell folgenden, lauten bellenden Exspirationsstössen mit hoher Stimmlage besteht, welche durch inspiratorisches Pfeifen unterbrochen werden; Angstschweiss

bricht aus, das Bewusstsein umflort sich, aber er verliert es nur selten. In der Zwischenzeit wurde am Kehlkopf nichts Besonderes wahrgenommen, auch ergab die laryngoscopische Untersuchung keine Anomalie.“ Vier Jahre später war er heiser und zeigte eine Parese der beiden Musculi crico-arytaenoidei postici und des rechten Musc. thyreo-arytaenoideus. Er hatte zeitweise Schlingbeschwerden. Puls aussetzend, zwischen 86 und 100. Ueber die Sensibilität des Pharynx und Larynx ist nichts angegeben. — Von dem zweiten Fall, der genauer beschrieben wird, ergab die anatomische Untersuchung: graue Degeneration der Hinterstränge, erhebliche Degeneration und Faserschwund im Vagusstamm, sowie im Laryngeus recurrens der einen (welcher?) Seite. Die Medulla oblongata zeigte im Vagus-Accessoriuskern keinerlei Anomalien.

Die Larynxkrisen können in jedem Stadium der Tabes auftreten, manchmal als selten auftretende Erscheinung, manchmal häufig und quälend. Sie gleichen bald den Anfällen der Tussis convulsiva, bald dem Laryngismus stridulus, bald treten abwechselnd mit diesen Attaquen solche von einfacher Athemnoth auf. Sie können Jahre bestehen, ohne dass Lähmungserscheinungen vorhanden sind. Doch führen Fälle mit heftigen Hustenattaquen mit Vorliebe zu solchen. Gastrische Krisen gehen häufig vorher. Einige Male complicirte krampfhaftes Niesen den Anfall. Beim Schlucken gelangt den Patienten häufig etwas „in die falsche Kehle“. Salivation, Schwindel und Ohnmachtsanfälle sind häufige Complicationen. Zweimal trat der Tod in einem solchen Anfalle ein. Als auslösendes Moment können alle Reize dienen, die die Schleimhaut des Respirationstractus treffen, Nahrungsaufnahme, Unterhaltung. Auch im Schlafe und nach psychischen Erregungen treten Anfälle ein. O. macht darauf aufmerksam, dass mit Ausnahme eines einzigen in allen seinen Fällen sich eine Stelle am Halse am Innenrand des Sternocleidomastoideus überaus druckempfindlich zeigte.

Aus der an diesen Vortrag geknüpften Discussion (Berl. klin. Wochenschrift. No. 38. 1885.) sei hervorgehoben, dass Westphal statt Krisen die Bezeichnung „Larynxkrämpfe“ vorzieht. In einem solchem Falle sei Ependymitis am Boden des IV. Ventrikels constatirt worden. Remak erwähnt eines Falles, in welchem eine von Böcker constatirte einseitige Crico-arytaenoideus posticus-Lähmung „ziemlich das erste Symptom der Tabes gewesen war“. B. FRAENKEL.

54) **Möser** (Würzburg). **Zur Aetiologie der Stimmbandlähmungen.** *Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 37. Heft 6. October 1885.*

Verf., der in mehreren Fällen hochgradiger Pleuraexsudate Mittelstellung des Stimmbandes sah, wie dieselbe für Posticuslähmung characteristisch ist, erklärt die Veränderung in der Stellung des Stimmbandes aus dem Zuge, welchen das verdrängte Herz auf die Subclavia und den Arcus aortae resp. die Recurrentes ausübt. Dieser Druck führt zu einer Reizung sämmtlicher Recurrensfasern, die Wirkung des Abductors wird durch die Reizung der Adductoren nur verdeckt; Verf. glaubt deshalb weder, dass die characteristische Stellung des Stimmbandes durch isolirte Lähmung des Abductors, noch durch primäre Contractur der Adductoren verursacht werde. Die Mittelstellung des Stimmbandes sei als Gleichgewichtsstellung für die gleichzeitige Reizung aller

Nervenfasern zu betrachten, die Cadaverstellung als Gleichgewichtsstellung für die Lähmung aller Fasern und Muskeln. Ref. muss gestehen, dass diese Ansicht etwas sehr Bestechendes hat, zumal sie mit den experimentellen Untersuchungen desselben über Recurrensreizung vollkommen übereinstimmt. Ref. äusserte sich in seiner schon 1873 erschienenen Arbeit („Experimentelle Untersuchungen über die Functionen der Nerven und Muskeln des Kehlkopfes." Würzburg. Habilitationsschrift. S. 33.), dass man, wie nach der Durchschneidung, auch bei der Reizung aller vom Recurrens versorgten Muskeln eine Stellung der Glottis erwarten sollte, welche zwischen Erweiterung und Verengerung die Mitte hält, dass aber dies nicht der Fall sei, indem bei Reizung des Recurrens durch das Uebergewicht der Verengerer Medianstellung, d. h. Phonationsstellung eintrete. Trotzdem hält Ref. die Frage, ob isolirte Lähmung dieser Abductorenfasern oder Reizung der Adductoren die Medianstellung und Unmöglichkeit der Glottiserweiterung bedinge, noch nicht für entschieden und weitere Versuche für nothwendig, namentlich darüber, wie lange der Recurrens einen auf ihn ausgeübten Druck oder Zug nur mit Reizung beantwortet und welcher Druck erforderlich ist, um die Fasern desselben zu lähmen resp. ganz functionsunfähig zu machen; auch kann Ref. sich den von B. Fränkel in No. 4, Jahrgang II., S. 189 und 190 des Internationalen Centralblattes gemachten Bedenken nur anschliessen.

SCHECH.

55) **J. S. Bristowe** (London). **Ophthalmoplegia externa und interna. Partielle Anaesthesie des Kopfes, Halses und der Brust. Epileptische Anfälle. Gastrische Krisen und Anfälle heftiger, von Paralyse der Glottiserweiterer abhängiger Dyspnoë. (Ophthalmoplegia externa and interna; partial anaesthesia of head, neck and chest; epileptic fits; gastric crises; and attacks of intense dyspnoea dependent on paralysis of the abductors of the vocal cords.)** *„Brain." October 1885.*

Gelegentlich der Mittheilung einer Reihe von Fällen von Ophthalmoplegie giebt B. auch in Kürze die Krankengeschichte und den Status des hier erwähnten interessanten Falles, auf den Ref. an anderer Stelle ausführlicher zurückkommen wird. Hier genüge folgende Recapitulation des Status praesens:

Pat., 46jähriger Mann, syphilitisch gewesen. Keine Evidenz constitutioneller Syphilis. Occipitalkopfschmerz, Schwindelgefühl, häufiges Erbrechen, Schmerzen im Leibe, allmälig zunehmende Ptose beider Augenlider. Alle diese Symptome sollen etwa 3 Monate vor der Aufnahme begonnen haben.

Bei der Aufnahme:

Rechtes Auge: Complete Paralyse des Levator palpebrarum. Keine Einwärtsbewegung des Bulbus. Nur geringe Auswärtsbewegung. Ebenso nur geringe Abwärtsbewegung mit Rotation, wie vom Obliquus superior ausgehend. Gute Auswärtsbewegung. Auswärtsschielen.

Linkes Auge: Partielle Ptosis; ungefähr $^2/_3$ der Cornea sichtbar, unmöglich das Augenlid über die normale Position zu erheben. Keine Aufwärtsbewegung des Bulbus. Nur sehr geringe Auswärtsbewegung. Leichte Abwärtsbewegung durch Obliquus superior bewirkt. Auswärtsschielen.

Pupillen dilatirt, reagiren nicht auf Licht. Verlust des Accommodationsvermögens. Rechter Sehnerv normal, linker streifig, und Arterien- und Venenstämme sehr markirt. Media klar. Keine Farbenblindheit.

Doppelseitige partielle Trigeminuslähmung. Die motorischen Zweige anscheinend afficirt, hauptsächlich rechts. Masseteren schwach. Partielle rechtsseitige Facialisparalyse, kann nicht pfeifen. Zunge in der Mittellinie vorgestreckt. Constanter Occipitalkopfschmerz. Jetzt kein Erbrechen. Klagt über Schwindel (Folge des Augenleidens?) Keine Ataxie. Patellarreflexe gut.

Aus dem weiteren Befunde sei nur noch hervorgehoben, dass „Stimme und Articulation perfect waren".

Während seines mehrmonatlichen Aufenthaltes im Londoner St. Thomas-Hospital traten kaum irgend welche Veränderungen der geschilderten nervösen Symptome auf. Dagegen litt Pat. von Zeit zu Zeit an gastrischen Krisen, epileptischen Convulsionen und heftigen Erstickungsanfällen. Die Dauer derselben variirte von 1—2 Secunden bis zu 5—10 Minuten. Gewöhnlich aber waren sie nur von momentaner Dauer. Sie traten ganz unregelmässig auf, sowohl während des Wachens, wie während des Schlafes und waren oft sehr alarmirender Natur. Am 2. December wurde der Ref. aufgefordert, den Pat. zu laryngoscopiren und entdeckte — nicht etwa während des Anfalls — complete linksseitige und incomplete rechtsseitige Abductorparalyse. Die betreffende Notiz lautet wörtlich: „Das linke Stimmband, dessen innerer Rand leicht ausgeschweift ist, steht völlig unbeweglich in der Mittellinie; das rechte, welches ähnlich ausgeschweift erscheint, geht beim Versuch tiefer Inspiration kaum bis zur cadaverösen Position, so dass der Glottisspalt stets äusserst eng ist. Beim Phonationsversuch kommen beide Stimmbänder dicht an einander zu liegen, indem das rechte und der rechte Arytaenoidknorpel sich prompt nach der Mittellinie bewegen."

Der geschilderte Kehlkopfbefund blieb ebenfalls bis zum 31. März 1885, an welchem Tage der Pat. das Hospital verliess, völlig unverändert. Der Ref. möchte hinzufügen, dass sich ausser Dr. Bristowe die Herren Hughlings Jackson, Beevor, George Johnson, Butlin, de Havilland Hall, Ormerod, Jacob von der Actualität der geschilderten Verhältnisse im Kehlkopf überzeugten.

SEMON.

56) **N. Simanowski** (Petersburg). **Ein Versuch zur Erklärung des Unterschiedes im Verhalten der Glottisschliesser und Erweiterer bei Kehlkopflähmungen centralen Ursprungs. (Ponitka objasnil rasnitzu otnotschenia mitschz suschiwajutschich i rasschirjajutschich goloso wuju tschel, k gortannim paralitscham organitscheska wo proishosch denija.)** *Getschen klin. Gaz. No. 26—29. 1885.*

Die Thatsache, dass bei peripheren rein centralen Erkrankungen die Glottiserweiterer früher befallen wurden, als ihre Antagonisten, harrt bis jetzt noch, trotz verschiedener Versuche, einer genügenden Erklärung. S. hat bei Katzen und Kaninchen den entblössten Vagus gereizt und gefunden, wie bei schwachen Strömen die Glottis sich schloss, während bei stärkeren Strömen dieselbe sich öffnete, eine Erscheinung, die von anderen Autoren schon früher an den Extremitätenmuskeln des Frosches und Kaninchens beobachtet worden ist. Letztere Beobachtung hatte Ranvier und Krause bewogen, die Lehre von den weissen und rothen Muskelbündeln aufzustellen. Nach S. entsprechen die Kehlkopferweiterer den rothen

und die Kehlkopfschliesser den weissen Muskeln Krause's. Verf. stellte sehr genaue mikroscopische Untersuchungen an über die Nervenendigungen in den weissen und rothen Muskeln der Extremitäten und in den Glottisschliessern und Erweiterern der Kaninchen. Die Resultate waren folgende:

1. In den weissen Muskeln verlaufen die Nerven in Form kurzer dicker Stämme quer durch die Bündel und geben dabei nach allen Seiten kleine, nahe nebeneinander stehende Stämmchen ab, die in der Nähe des Hauptstammes in den Endplatten oder Plaques matrices endigen

2. In den rothen Muskeln sammeln sich die Nervenfasern in feinere, aber längere Stränge, welche weniger zahlreiche, aber längere Aeste abgeben; letztere verästeln sich desto mehr, je mehr sie sich vom Hauptstrang entfernen.

Während in den weissen Muskeln die grosse Anzahl der Nervenendigungen auffiel, so zeichnen sich die rothen Muskeln durch die Armuth derselben aus.

3. Die Nervenendigungen in den Kehlkopfmuskeln zeigen dasselbe Verhältniss. Ausserdem sah S. im Musc. vocalis inter. wie zu einer Muskelfibrille zwei Nervenfasern von verschiedenen Seiten traten und beide in einer Endplatte endigten.

LUNIN.

57) **P. M'Bride** (Edinburgh). **Ein Beitrag zum Studium der Kehlkopflähmungen. (A contribution to the study of laryngeal paralyses.)** *Edinburgh Med. Journal. July 1885.*

Es gereicht dem Ref. zur grossen Freude, in dieser ausgezeichneten Studie die Schlüsse seiner eigenen, früheren Arbeiten über Kehlkopflähmungen voll und ganz bestätigt zu sehen. M'Bride hat Gelegenheit gehabt, eine grössere Anzahl einschlägiger Fälle selbst zu beobachten, von welchen mehrere auszugsweise, zwei — ein Fall doppelseitiger Abductorenlähmung bei Tabes und ein Fall einseitiger multipler Hirnnervenlähmung in Folge eines Carcinoms an der Schädelbasis — mit musterhafter Genauigkeit mitgetheilt werden. Im letzteren Falle waren Lähmungserscheinungen von Seiten des Hypoglossus, Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius vorhanden. Es bestand linksseitige Abductorlähmung und völlige Anästhesie der linken Larynxhälfte. (Der Ref. wird auf diesen principiell wichtigen Fall an anderer Stelle zurückkommen.) Sehr beachtenswerth sind die Bemerkungen des Verf.'s über die Wichtigkeit der Kehlkopfsuntersuchung bei der Untersuchung für Lebensversicherung — wegen der Möglichkeit symptomloser einseitiger Abductorparalyse, die zu weiteren Aufschlüssen führen könnte — und über ein der completen Erweitererlähmung vorausgehendes paretisches Stadium, in welchem das afficirte Stimmband nicht so weit abducirt wird, als das gesunde. M'Bride theilt zwei diesbezügliche Fälle mit (der Ref. hat eine grössere Anzahl solcher gesehen) und dringt mit Rücksicht auf die diagnostische Bedeutung des Factums darauf, in verdächtigen Fällen bei der laryngoscopischen Untersuchung tief inspiriren zu lassen, um die Abductionsfähigkeit zu prüfen. Das Studium der Arbeit im Original sei bestens empfohlen. Ihrer Mittheilung vor der Medico-Chirurgical Society of Edinburgh am 6. Mai 1885 folgte eine kurze Discussion, in welcher die überraschende Angabe M'Bride's auffällt, dass Fälle doppelseitiger Stimmbandlähmung in Folge von Druck auf einen Recurrens „sicherlich vorkämen".

Wie der Verf. aber dem Ref. mittheilt, handelt es sich hier um einen bei der

Correctur von ihm übersehenen Lapsus calami. Statt „Recurrens" sollte es „Vagus" heissen. SEMON.

58) **A. Mathieu** (Paris). **Aneurysmen des Aortenbogens. Läsion des Recurrens. (Anévrysmes de la crosse de l'aorte; lésion du nerf récurrent.)** *Journal des connaissances méd. No. 27. 2. Juli 1885.*

Der Fall, der auf der Abtheilung G. Sée's beobachtet worden war, betraf eine Frau von 36 Jahren, die bis vor 6 Wochen sich der besten Gesundheit erfreut hatte. Plötzlich erlitt sie bei der Arbeit einen 5 Minuten währenden Erstickungsanfall. Von da an begann sie zu husten und hatte noch im Verlaufe von einem Monate zwei bis drei leichtere Anfälle. Seit 14 Tagen aber kehrten diese bei der geringsten Anstrengung wieder und wurden immer häufiger, so dass sie Spitalhülfe aufsuchen musste. Hier constatirte man pfeifendes, kurzes und vermehrtes Athmen, häufigen krampfhaften Husten, die Stimme nur im Anfall alterirt. Die Thoraxuntersuchung ergab Vorwölbung der vorderen oberen Partie. Vermehrte Helligkeit des Percussionsschalles und Pfeifen und Schnurren in der ganzen Lunge, letztere die Herztöne verdeckend. Es bestand Ungleichheit des Pulses in Bezug auf dessen Intensität. Ein neuerlicher heftiger Erstickungsanfall dauerte 15 Minuten und es gelang nur mit Mühe, die Kranke wieder zu beleben. Gegen die andauernde Dyspnoë liess man die Kranke etwas Pyridin und Jodaethyl einathmen. Zum Schlusse trat Fieber auf und es wurde eine grössere Menge Blut ausgehustet. Der Tod erfolgte unter der zunehmenden Kurzathmigkeit und Asphyxie.

Bei der Obduction zeigten sich bloss die Lungenspitzen emphysematös, die anderen Partien aber mit Blut überfüllt. Die Aortenklappen intact, die Aorta selbst atheromatös entartet. An der vorderen Seite des Aortenbogens fand man zwei becherförmige Aneurysmen, nach hinten aber einen eigrossen Aneurysmasack, bis an die Verzweigung der Bronchien reichend. In diesen je eine in's Lumen hervorragende, mit Granulationsgewebe bedeckte Stelle. An der Bifurcationsstelle selbst eine kleine Oeffnung, aus der Blut sickerte und die in den Aneurysmasack führte. Der linke Recurrens befand sich zwischen Aneurysma und linkem Bronchus, comprimirt, abgeflacht und im Aussehen verändert.

M. meint, dass die Ursache der Asphyxie nicht in dem mechanischen Hindernisse der Vorwölbungen in den beiden Bronchen zu suchen sei, sondern in einem spastischen Element, bewirkt durch centripetalen oder centrifugalen (? Red.) Reiz des comprimirten Recurrens. Auf eine nähere Erklärung und Deutung dieses spastischen Elementes geht M. nicht ein. Es würde ihm bei der fehlenden laryngoscopischen Untersuchung auch schwer fallen. E. J. MOURE.

59) **W. B. Hadden** (London). **Fremdkörper in der Trachea und im linken Bronchus. (Foreign body in trachea and left bronchus.)** *London Path. Soc. Trans. Vol. XXXVI. 1885.*

Ein Blasrohrbolzen gerieth in die Luftwege eines fünfjährigen Knaben, und derselbe erlag der Obstruction 30 Tage nach dem Unfall. (Die klinische Geschichte ist ganz unvollständig: es ist weder gesagt, wie der Unfall zu Stande kam, noch, warum nicht die Tracheotomie ausgeführt wurde etc. Ref.) Bei der Autopsie

zeigte es sich, dass der Bolzen selbst sich in der Trachea, $1^3/_4$ Zoll unterhalb der Stimmbänder, befand, während sein unteres Ende mit der an ihm befestigten Wolle im linken Bronchus steckte. (Aus dieser Schilderung scheint hervorzugehen, dass das Kind den in richtiger Position im Blasrohr befindlichen Bolzen einfach aspirirte. Ref.) Ausserhalb der Trachea, gerade hinter der Vena cava superior, befand sich eine kleine Abscesshöhle, welche mittelst eines Sinus mit einer in der Wand der Trachea, $^3/_4$ Zoll oberhalb der Bifurcation befindlichen Oeffnung communicirte. Die letztere war ohne Zweifel durch Bewegungen des Bolzens während eines Hustenacts zu Stande gekommen. Der untere Lappen der linken Lunge zeigte zahlreiche kleine, Eiter enthaltende Cavernen. SEMON.

60) **Lundin** und **Wallis** (Stockholm). **Fall von Suffocation, verursacht durch eine tuberculös degenerirte Bronchialdrüse, die die Trachea perforirt und verstopft hatte. (Fall af suffokation orsakad af en tuberkelvandlad broochialkörtel som perforerat och tilltäppt trachea.)** *Hygiea. 1885. Läkare Sällskapets Förhandlingar. p 44.*

Der Patient, ein Knabe von $2^1/_4$ Jahren, wurde Anfangs Januar 1885 von fortwährendem Husten befallen. V. wurde am 14. Januar hinzugerufen. Patient war wohlgenährt. So lange der Knabe auf dem Schoosse der Mutter sass, war die Respiration ziemlich ungehindert, sobald er aber auf den Fussboden gesetzt wurde, fing die Exspiration an stark gehindert zu werden, wogegen die Inspiration frei war. Starke Erstickungsanfälle und während eines solchen Eintreten des Todes am 31. Januar. — Bei der Obduction zeigte es sich, dass eine tuberculös degenerirte Bronchialdrüse in die Trachea hineingeborsten war, dieselbe verstopft und Erstickung hervorgerufen hatte. SCHMIEGELOW.

61) **D. W. Barry. Ein Fall von Entzündung der hinteren Bronchialdrüsen mit Ausgang in tödtliche Blutung. (A case of inflammation of posterior bronchial lymphatic glands, leading to fatal haemorrhage.)** *Medical News Philadelphia. XLVII. p. 236. 1885.*

Ein Patient von 71 Jahren, welcher wegen Verdachts auf Lungenphthisis in Behandlung war, starb plötzlich nach einer profusen Lungenblutung. Bei der Autopsie wurden die Lungen, Herz, Oesophagus etc. sorgfältig secirt. Als man den Oesophagus öffnete, fand man an seiner vorderen Fläche ein kleines Loch, durch welches eine Sonde nur $^1/_4$ Zoll tief eindringen konnte. Hierauf wurde die Trachea eröffnet, an deren hinterer Wand, ungefähr 4 Ctm. unterhalb des Eingangs in den Oesophagus, man ein Geschwür fand, durch welches man mit der Sonde in das Geschwür der vorderen Oesophagusfläche gelangte.

Da dies nicht die Ursache der profusen Blutung sein konnte, so wurde die Trachea vollständig eröffnet und der Schnitt bis in die grösseren Bronchialzweige fortgeführt. An einem derselben, linkerseits, fand man ein grosses, unregelmässiges Loch, welches in eine der hinteren Lymphdrüsen führte. Als man diese öffnete, war sie vollkommen bröcklig und enthielt Blutcoagula, necrotisches Gewebe, ihre innere Fläche war mit einer Schicht ganz harten Fibrins bedeckt.

Bei weiterer Untersuchung fand man mehrere Fisteln, deren eine in die Trachea, die andere in den Bronchus und deren dritte, mehr frische in die Vena

cava superior führte. Letztere Fistel erklärt Alles: Ohne Zweifel war sie die Ursache der letzten tödtlichen Blutung. LEFFERTS.

62) **John Poland** (London). **Suppurirende, käsige Bronchialdrüse, die sich in den Oesophagus und linken Bronchus geöffnet hatte. (Suppurating caseous bronchial gland, opening into oesophagus and left bronchus.)** *London Path. Mec. Trans. Vol. XXXVI. 1885.*

Die Krankengeschichte des an allgemeiner Tuberculose erkrankten Patienten, eines $1\frac{1}{2}$ Jahr alten Kindes weist kaum auf Obstruction der Luft- und Speisewege hin. Das Kind ging wenige Stunden nach der Aufnahme unter Symptomen allgemeiner Schwäche zu Grunde, und bei der Autopsie fand sich, abgesehen von zahlreichen anderen tuberculösen Läsionen in anderen Organen, käsige Degeneration mehrerer, zu Mandelgrösse angeschwollener Bronchialdrüsen. In der Gegend der Bifurcation der Trachea zeigte sich nach vorn von derselben ein von einer Bronchialdrüse ausgehender Abscess, dessen Länge $\frac{7}{8}$ Zoll, dessen Breite $\frac{3}{4}$ Zoll betrug, und der sich an seiner linken Seite in die innere Seite des linken Bronchus, $\frac{5}{8}$ Zoll unterhalb der Bifurcation, und hinten ungefähr in derselben Höhe in die vordere Wand dss Oesophagus öffnete. Jede der Oeffnungen liess eine starke Sonde passiren; die Oeffnung in den linken Bronchus war die grössere. Die untere Wand des rechten Bronchus war leicht comprimirt, und sein Lumen verengert. SEMON.

II. Kritiken und Besprechungen.

a) **M. Schäffer** (Bremen). **Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie.** Wiesbaden, Bergmann. 1885.

In einfacher, schmuckloser, aber doch äusserst präciser Weise theilt der durch seine frühere Arbeiten bereits auf das Vortheilhafteste bekannte Verfasser seine 10jährigen Beobachtungen auf dem Gebiete der Krankheiten der Nase, des Mundrachenraumes und des Kehlkopfes mit. Dass dieselben keine geringe sind, beweist sofort ein Blick auf die zahlreichen Tabellen und die in ihnen enthaltenen Zahlen. Da bei solcher Fülle des Stoffes ein erschöpfendes Referat unmöglich ist, so soll hier nur das Interessanteste herausgegriffen werden.

Der erste Theil handelt von den Affectionen der Nase. Die Verbiegungen des Septums sind selten angeboren, meist traumatischer Natur; hochgradige Deviationen beseitigt Verf. mit dem Hohlmeissel und der Galvanocaustik; auch ein Fall von knöchernem Verschluss der rechten Choane wurde beobachtet und mit Erfolg operirt. In 22 Fällen von Perforation des Septums lag 15mal Syphilis, 7mal Scrophulose vor. Zur Diagnose der Knochenerkrankungen empfiehlt Verf. seine Löffelsonde, welche an dem einen Ende einen runden Knopf, am anderen einen länglichen scharfen Löffel trägt; damit werden auch die Neben-

höhlen der Nase eröffnet und eventuell ausgekratzt; den Sinus maxillaris öffnete Verf. mehrmals vom unteren Nasengange aus, den Sinus sphenoidalis durch Vorschieben der Löffelsonde am Septum im Niveau der mittleren Muschel. Zur Entfernung festsitzender necrotischer Knochen construirte Verf. eine eigene Knochenzange; zur Ausspülung der Nase und ihrer Nebenhöhlen verwendet er ausser dem Kali hypermang. besonders das Alum. acetico-tartar.; bei Syphilis empfiehlt er Injectionen von Hydrarg. formamidatum. Die Knochenblasen operirt Verf. je nach der Dicke ihrer Wandungen theils mit dem Galvanocauter, theils mit seiner Knochenzange und dem Meissel. In Betreff der Reflexneurosen in Folge chronischer Rhinitis bleibt Verf. bei seiner früheren Ansicht, dass die Auslösung der Reflexe von jeder beliebigen Stelle der Schleimhaut aus stattfinden könne, wo sich cavernöses Gewebe befindet, und wo dieses auch in Folge chronischer Entzündung hyperplastisch werden kann; bei der Stellung der Prognose empfiehlt er die äusserste Vorsicht und Zurückhaltung. Für leichtere Fälle eignet sich die Chromsäure; stossen sich die durch den Galvanocauter gesetzten Schorfe nicht nach einigen Tagen von selbst ab, so räth Verf., sie zu entfernen, da sich die Schorfe zuweilen organisiren und dadurch zu Verwachsungen der Muscheln mit dem Septum führen. In Betreff der Schleimpolypen glaubt Verf., dass sie immer auf der Basis eines chronischen hyperplastischen Catarrhs entstehen, welcher Ansicht auch Ref. sein muss.

Im zweiten Abschnitte, der von den Krankheiten des Mundrachenraumes handelt, sind bemerkenswerth 2 Fälle von varicöser Erweiterung der Zungenvenen, ferner Fälle von Zungensteinen, Neubildungen an der Zunge und Retentionscysten der Submaxillaris. Die Hypertrophie der Gaumenmandel hält Verf. theils für angeboren, theils für ein Product vorhergegangener Entzündungen, theils für die Folge eines zu raschen Wachsthums der Tonsille im Verhältniss zu den übrigen drüsigen Organen; zur Operation empfiehlt er das Tonsillotom. Auf der hinteren Rachenwand hat Verf. 3 gutartige Adenome und 4 Sarcome operirt. Die adenoiden Wucherungen operirte er vom Munde aus, ohne Narcose und Spiegel mit der Michael'schen Hohlmeisselzange; geringgradige Wucherungen lassen sich durch entsprechende Mittel beeinflussen und zurückbilden.

Am Kehlkopfe sah Verf. mehrere merkwürdige Anomalien der Epiglottis, ferner einmal eine quere Zerreissung des Stimmbandes. Die Neubildungen operirt er theils mit dem Schwamme, theils mit Schlinge, Messer, Guillotine und Galvanocauter. Die Tubage empfiehlt er dringend bei Kehlkopfstenosen, namentlich solchen auf syphilitischer oder tuberculöser Basis. Im Anhange folgen drei Fälle von Angina Ludovici, einer mit tödtlichem Ausgange nach verweigerter Incision. Bei Struma sollten zuerst Jodeinreibungen versucht werden; sehr gute Resultate sah Verf. von der Electrolyse. Ref. kann nur nochmals dringend zur Lectüre des Büchleins auffordern.

SCHECH.

b) G. Charazac (Bordeaux). **Studie über das Kehlkopfoedem (Glottisoedem). (Etude sur l'oedeme du larynx [Oedeme de la glotte.]).** O. Doin., Paris. 1885.

Der Autor giebt in dieser geschickt und interessant geschriebenen Abhandlung eine kurz gefasste, aber übersichtliche Geschichte dieser Materie nebst voll-

ständigem Literaturverzeichniss. Wiewohl, schon von Hippocrates an, viele Autoren vage Andeutungen machen, aus denen wir schliessen können, dass es sich um Glottisödem gehandelt habe, so datirt die Geschichte desselben doch erst vom Jahre 1808, wo Bayle seine bemerkenswerthe Abhandlung las, die jedoch erst 11 Jahre später vollständig publicirt wurde. (Bayle, „Mémoire sur l'oedème de la glotte ou angine laryngée oedémateuse". Nouv. Journ. de Méd. 1819.) Nach Bayle lieferte in der prälaryngoscopischen Zeit Sestier eine sehr vollständige und wichtige Abhandlung (Traité de l'angine laryngée oedémateuse. Paris 1852). Ein eigentlich wissenschaftliches Studium dieser wichtigen Frage war jedoch erst dann möglich, als mit Hülfe des Kehlkopfspiegels der lebende Larynx untersucht werden konnte.

Das Werk zerfällt in zwei Theile, von denen der erste das acute primäre Oedem behandelt, während in dem zweiten die verschiedenen Formen des secundären Oedems besprochen werden. Der Autor meint, es wäre wohl allerseits zugestanden, dass der Ausdruck „Glottisödem", welchen Bayle zuerst eingeführt habe, zu verwerfen sei. Denn die Glottis ist ein Raum und kann daher offenbar nicht ödematös werden. Ausserdem ist es ein anerkanntes Factum, dass die Begrenzungen der Glottis, nämlich die unteren oder wahren Stimmbänder, von allen Theilen des Larynx am wenigsten zu ödematösen Schwellungen geneigt sind.

Es steht ferner ausser Frage, dass ein echtes Oedem, d. h. ein eiweisshaltiger, hydropischer Erguss innerhalb des Larynx, relativ selten ist; während die intralaryngealen Schwellungen, die als Oedem bezeichnet werden, mehr oder weniger activ entzündlicher Natur sind. Der Autor schlägt daher an Stelle des Ausdrucks Glottisödem die Bezeichnung „Larynxödem" vor, und er versteht darunter „eine seröse oder purulente Infiltration des Bindegewebes des Larynx im Allgemeinen und der Plicae aryepiglotticae im Besonderen." Tritt neben der chronischen Affection der Schleimhaut plötzlich eine Infiltration auf, so nennt er diese „primär". Unter den ätiologischen Ursachen erwähnt er Erkältung, Ueberanstrengung und Ermüdung der Stimmorgane beim Singen und Sprechen.

Ein bemerkenswerthes Beispiel einer so entstandenen Affection, welche ausserdem ganz ausnahmsweise die wahren Stimmbänder ausschliesslich befallen hatte, wird von Felix Semon berichtet (St. Thomas Hospital Rep. Vol. XIII.) — Ein acutes primäres Oedem wird ferner erzeugt durch directe Application von Causticis, oder kochenden Flüssigkeiten, durch Fremdkörper im Larynx und Verletzungen desselben. Er berichtet 2 Fälle, wo Jodkali in einer Dosis von 25 Cent. beschuldigt wird, Larynxödem hervorgerufen zu haben.

Unter den Gelegenheitsursachen erwähnt der Autor gerade die nicht, auf welche Ref. in einer grossen Anzahl von Fällen die Affection zurückführen konnte, nämlich die Inhalation septischer Gifte in Folge von mangelhafter Drainage.

Wir meinen damit nicht etwa die Larynxdiphtherie, sondern diejenigen Fälle, wo die Larynx- und Rachenschleimhaut zugleich intensiv geröthet und geschwollen sind und copiöse schleimigeitrige Massen absondern.

Es bedarf kaum des Hinweises, dass die Kenntniss dieser Ursache von ganz erhe[illegible]ung für die Therapie und besonders für die prophylactischen Maa[illegible]

Die pathologische Anatomie betreffend, so gilt als Regel, dass das Oedem da am stärksten auftritt, wo das submucöse Gewebe sehr reichlich ist. Aus eben diesem Grunde werden die wahren Stimmbänder selten afficirt.

Wir haben bereits auf eine bemerkenswerthe Ausnahme hingewiesen. Einen anderen Fall berichtet der Autor aus der Praxis des Prof. Massei, wo die Schleimhaut der Stimmbänder von dem darunter liegenden Gewebe abgehoben war und so den grössten Theil des Glottisraums verlegte, wodurch eine bedenkliche Dyspnoe, aber ohne Aphonie entstand.

Der zweite Theil des Werkes beschäftigt sich mit dem secundären Larynxoedem.

Die Ursachen des secundären Oedems sind entweder entzündlicher, oder mechanischer, oder endlich dyscrasisch entzündlicher Natur. Das Oedem kann vom Munde aus durch die Choanen und den Schlund auf den Kehlkopf übergehen. Es kann in Folge von Infectionskrankheiten, wie Erysipel, Pocken, Masern, Scharlach, Typhus oder Cholera auftreten. Es zeigt sich auch bei chronischen Krankheiten, wie Tuberculose, Syphilis und Carcinom. Endlich kann es sich auch zu Hautkrankheiten, wie Lupus, Lepra oder Herpes hinzugesellen.

Die Characteristica dieser verschiedenen Formen werden eingehend und deutlich beschrieben.

Das auf mechanischem Wege zu Stande gekommene Larynxödem findet sich bei solchen Herz- und Lungenkrankheiten (z. B. Emphysem), welche eine venöse Stauung bewirken. Gelegentlich kann auch der Druck eines Aneurysma der grossen Venenstämme Oedem erzeugen.

Unter den dyscrasischen Ursachen des Larynxoedem wird die Cachexie aufgeführt, welche durch Malaria bedingt wird; eine viel häufigere Ursache soll aber die Bright'sche Nierenkrankheit mit Albuminurie abgeben. Der Autor gesteht jedoch zu, dass dies nicht sehr häufig der Fall ist. Er verweist zwar auf drei Fälle, welche M. Fauvel berichtet hat. Dass jedoch diese Complication sehr selten ist, dafür citirt er die Statistik von Morell Mackenzie, welcher unter 200, im London Hospital untersuchten Fällen von Bright'scher Krankheit nicht ein einziges Mal Larynxoedem fand. Ref. darf dreist behaupten, dass er eine ungewöhnlich reiche Erfahrung auf dem Gebiete der Bright'schen Nierenkrankheit habe; er kann sich jedoch nicht eines einzigen Falles entsinnen, wo Larynxoedem im directen Gefolge dieser Krankheit aufgetreten wäre.

Die Directiven des Autors für die Behandlung des Larynxoedems sind klar und vollständig. Leider gestattet uns nur der Raum, seine Bemerkungen über die Tracheotomie zur Beherzigung wiederzugeben. Viele Patienten, sagt er, sind das Opfer ihrer eigenen Feigheit, oder des Zauderns und der Unentschiedenheit der Aerzte. Die Tracheotomie ist stets indicirt, wenn der Larynxverschluss schwere und andauernde Dyspnoe mit Suffocationsanfällen hervorruft. Gleich nach dem ersten Anfall zu operiren, ist eine Regel, die zu befolgen ebenso im Interesse des Patienten, wie des Arztes liegt. GEORGE JOHNSON (London).

c) I. **Lennox Browne** (London). **Stimmgebrauch und Alcoholica. (Voice use and stimulants.)**

II. **Lennox Browne** und **Emil Behnke. Die Kinderstimme. (The childs voice.)** Sampson Low etc. London, 1885.

Es ist einigermassen schwierig, über die beiden uns vorliegenden Werke in einem wissenschaftlichen Blatte ohne Benachtheiligung der Autoren zu referiren, da dieselben offenbar mehr eine populäre Belehrung, als eine wissenschaftliche Leistung zu geben beabsichtigt haben. Wir wagen daher auch nicht zu glauben, dass der Halsspecialist sehr viel Vortheil aus der Lectüre dieser Werke schöpfen wird; die Sänger und Sprachlehrer finden aber viele nützliche und interessante Winke in den vorliegenden Bänden.

Es ist fast zu bedauern, dass die Autoren es für nöthig hielten, ihren Gegenstand in zwei Bände einzutheilen, von denen der eine 146 und der andere 136 Seiten zählt. Wer nämlich beide aufmerksam liest, wird finden, dass es vortheilhafter gewesen wäre, beide Bücher in eines oder vielleicht in eine Brochüre mässigen Umfangs zusammenzufassen. Beide Bücher stützen sich nämlich auf Angaben, welche der Autor oder die Autoren als Antworten auf gewisse, von ihnen an eine Anzahl Sänger gestellte Fragen erhalten haben. Diese Antworten sind mehr oder weniger vollständig wiedergegeben und dies erklärt die Weitläufigkeit der Bücher. Wie dankbar wir auch den Herren Lennox Browne und Behnke für die Sorgfalt sind, mit der sie die Facta und Data gesammelt haben, so wäre es doch vortheilhafter gewesen, wenn letztere in Tabellenform wiedergegeben worden wären.

Das erstgenannte Buch beginnt mit einer halb populären, halb medicinischen Abhandlung über die Schädlichkeiten, welche der Alcohol auf den Hals ausübt. Sie enthält nichts Neues, ausser dem einen Factum, dass Browne „in vorgeschrittenen Fällen (von Alcoholmissbrauch) eine Knötchenbildung als wesentliches Symptom der Degeneration der Stimmbänder beobachtet hat“, eine Stelle, die auch für den ärztlichen Leser schwer begreiflich sein wird. Der ganze Tenor des Buches geht dahin, zu beweisen, dass der Alcohol für Sänger unnöthig und im Uebermaass genossen schädlich ist. Der Autor richtete dieserhalb briefliche Anfragen an eine Anzahl Sänger, von denen 380 Antworteu eingingen; sehr viele davon, wenn nicht alle, sind in extenso wiedergegeben. Die meisten unterstützen natürlich die Ansicht de Autors, dass Abstinenz oder strenges Maasshalten nöthig ist. In den Fällen, wo eine Schwäche der Stimme ohne Catarrh vorhanden ist, hält der Verf. Aether für das beste Stimulans, während da, wo der Verlust der Stimme eine Folge von Erkältung ist, Opium in kleinen stimulirenden Dosen empfohlen wird. Die allgemeinen Schlüsse, zu denen er in der Alcoholfrage kommt, sind folgende: „Es muss ein grosser Grad von Discretion den Individuen überlassen werden, entsprechend ihrer Constitution und den Gewohnheiten, unter denen sie aufgewachsen sind. Aber es ist bestimmt auszusprechen, dass diejenigen, welche den Gesang betreiben, auch nicht einen Augenblick den Glauben hegen dürfen, dass ihr Beruf irgendwie des Alcohols bedarf, oder den Genuss desselben (d. h. des Alcohols) entschuldigen kann. Sie dürfen denselben weder gewohnheitsmässig zu sich nehmen, noch in stärkerem Maasse, als er anderen Berufsarten gestattet ist.“

Nach der Alcoholfrage kommt der Autor zu der Tabakfrage. Hier hat er nur

geringe Informationen zu geben mit der Ausnahme, dass übermässiges Rauchen, oder langes Verweilen in einer raucherfüllten Atmosphäre schlecht für die Stimme sind. Ferner hat er constatirt, dass der Tabak sehr verfälscht wird, und „dass der leichteste Tabak nicht immer der mildeste ist". Es ist nur zu bedauern, dass der Autor nicht die Leser über die gewöhnliche Verfälschung belehrt.

Die Kinderstimme. — Das Buch, welches von Browne und Behnke zusammen verfasst ist, wird, unserer Meinung nach, von grossem Werthe für Diejenigen sein, welche Singunterricht geben, da es die Materie der Stimmausbildung bis zur Pubertät bei beiden Geschlechtern behandelt. Die Aerzte wird vielleicht das Capitel am meisten interessiren, welches betitelt ist: „die Ursachen des Stimmwechsels bei beiden Geschlechtern." Denn es enthält die Antworten wohlbekannter Anatomen und Physiologen (der Professoren Struthers, Michael Foster, Turner, Gamgee, Carpenter, Gruetzner und Dr. Barr). Leider bringen sie aber nichts Bestimmtes zu unserer Kenntniss von „der Mutation der Stimme". Das nächste Capitel ist zugleich das wichtigste. Denn es giebt uns Nachricht über „die Frage, ob Knaben während der Pubertät singen dürfen". Wir können nichts Besseres thun, als die Worte der Autoren zu citiren: „Den wesentlichen Inhalt der eingegangenen Antworten können wir kurz dahin zusammenfassen: Entweder verändert sich die Knabenstimme allmälig, unauffällig, und dann kann unter Leitung eines sachverständigen Lehrers der Gesang ohne Nachtheil fortpesetzt werden, oder die Stimme mutirt, d. h. ein plötzlicher Wechsel greift Platz. Während der Knabe spricht, springt die Kinderstimme in eine Männerstimme über... Es ist klar, dass unter solchen Umständen der Gebrauch der Stimme eine Unmögkeit wird. Weiterhin finden wir Beweise für die nachtheilige Wirkung auf die Knabenstimme, sobald während der Mutationsperiode Singversuche angestellt werden. Bei Mädchen scheint eine absolute Unterbrechung der Gesangsübungen nicht von Nöthen zu sein; die Autoren sind jedoch dafür, „schwere Gesangsstücke, wie sie bei der Gesangsbildung vorkommen, erst nach zwei, selbst mehreren Jahren nach Eintritt der Pubertät vorzunehmen". P. M'BRIDE (Edinburgh).

III. Briefkasten.

Der Washingtoner Congress und die Laryngologie.

Aus der im Monat December vorigen Jahres ausgesandten officiellen Einladung ergiebt es sich leider, dass unser Berichterstatter richtig informirt war: die Laryngologie ist mit der Otologie zu einer einzigen Section vereinigt worden! Wie wir ferner erfahren, ist der Präsident der Section ein Otologe und in dem Büreau der Section befindet sich nicht ein einziger der Laryngologen, mit deren Namen wir gewohnt sind, die amerikanische Laryngologie zu identificiren! —

Falls nicht noch in der elften Stunde weisere Rathschläge prävaliren, giebt es, unserer Ansicht nach, dieser Sachlage gegenüber nur eine Politik für die Laryngologen der Welt: vollständige Enthaltung von der Theilnahme an diesem Congresse! Das sind wir unserer Specialität, uns selbst und — last not least — unseren amerikanischen Specialcollegen schuldig! —

Personalia.

Vom nächsten Monat ab tritt Herr Dr. P. M'Bride in Edinburgh in die Reihe unsezer ständigen Mitarbeiter ein.

Wir entnehmen den „Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx etc." mit Bedauern die Nachricht von dem frühen Tode des Privat-Docenten der Otologie in Prag, Dr. Czarda. Der Verblichene hatte u. a. auch dem Gebiete der Nasenrachenleiden seine Aufmerksamkeit zugewandt und verschiedene Instrumente zur Diagnose und Behandlung der Leiden dieses Theils ersonnen.

Eine persönliche Bitte.

Seit einer Reihe von Jahren beweist mir eine sich stetig mehrende Anzahl von Collegen das ehrenvolle Vertrauen, sich in wissenschaftlichen Privatangelegenheiten verschiedenster Art mit Anfragen und Wünschen an mich zu wenden. Im einen Falle handelt es sich um literarische Auskunft, die erbeten wird, im anderen um Beschaffung von englischen Instrumenten oder in Grossbritannien publicirten Artikeln, der eine College wünscht seine Arbeiten in englischen Journalen besprochen oder übersetzt zu sehen, resp. von ihm entdeckte Mittel und Methoden durch meine Vermittelung in England einzuführen, wiederum ein anderer einen Bericht über meine Erfahrungen hinsichtlich seltener Fälle, neu empfohlener Instrumente oder Behandlungsmethoden zu erhalten etc. etc.

Es ist mir stets eine Freude gewesen, den betreffenden Herren Collegen nützlich zu sein und solchen an mich gestellten — wenn auch öfters ziemlich weit gehenden und meiner eigenen Thätigkeit ganz fernliegenden — Anforderungen nach besten Kräften nachzukommen.

Für die Zukunft aber werde ich, wie ich fürchte, auf diese Freude verzichten müssen. Stetige Zunahme anderweitiger Pflichten zwingt mich, meine Privat-Correspondenz, welche in den letzten Jahren einen unverhältnissmässig grossen Theil meiner Zeit in Anspruch genommen hat, in Zukunft auf das absolut Nothwendige zu beschränken, und der oben characterisirten, ebenso zeitraubenden Vermittlerrolle gänzlich zu entsagen, da ich nur auf diese Weise hoffen kann, Musse zu eigenen Arbeiten zu gewinnen.

Ich bitte daher die Herren Collegen, es mir nicht verübeln zu wollen, wenn ich mich hiermit ausser Stande erkläre, in Zukunft — ausser in ganz exceptionellen Fällen — ähnlichen Wünschen, wie den im Obigen geschilderten, nachzukommen, und überhaupt auf eine andere als redactionelle, resp. gemeinnützigen Fragen gewidmete Correspondenz einzugehen. Ebenso muss ich es mir in Zukunft versagen, den Empfang mir freundlichst zugesandter Arbeiten, Separatabdrücke etc. wie bisher jedesmal ausdrücklich dem betreffenden Herrn Absender mit meinem Danke zu bestätigen. Ich gebe mich dabei der Hoffnung hin, dass die Herren Autoren trotzdem fortfahren werden, mich auch fernerhin mit der Zusendung ihrer Arbeiten zu beehren.

Die unmittelbare Veranlassung zu dieser Erklärung, zu der ich mich aus vielen Gründen nur schwer entschlossen habe, deren schliessliche Nothwendigkeit ich aber bereits seit geraumer Zeit voraussah, bildet der Umstand, dass ich bei meiner eben erfolgten Rückkehr von einer kurzen Erholungsreise eine solche Fluth von privaten Briefen, Anliegen der geschilderten Art, Neujahrswünschen, Drucksachen, Manuscripten etc. auf meinem Schreibtische vorfand, dass allein die Erledigung der beiden erstgenannten Kategorien eine volle Woche erfordert hat und es mir beim besten Willen nicht möglich ist, den Freunden und Collegen, die beim Jahreswechsel meiner freundlich gedacht, resp. mir im Laufe des letzten Monats Separatabdrücke etc. zugesandt haben, einzeln zu danken. Mögen sie meinen ihnen insgesammt hiermit dargebrachten herzlichen Dank freundlichst entgegennehmen und mir ihr Wohlwollen auch ferner erhalten! —

London, im Januar 1886. FELIX SEMON.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

SONDERAUSGABE

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, März. 1886. No. 9.

I. Die Stellung der Laryngologie in Amerika.

I. Historisches.

So unbestreitbar die Erfindung des Laryngoscops eine europäische Errungenschaft ist, so darf Amerika mit Fug und Recht — wie dies von Jedem zugestanden werden wird, der mit der früheren medicinischen Literatur dieses Landes vertraut ist — die Priorität für die Begründung der Specialität der Halskrankheiten, als eines besonderen Theils der allgemeinen medicinischen Wissenschaft für sich in Anspruch nehmen.

Horace Green gebührt das Verdienst, einen neuen Weg eingeschlagen zu haben, den bis dahin auf medicinischem Gebiet Niemand zuvor betreten hatte. — Im Jahre 1832 kam, wie er in seinem klassischen Werk über „die Krankheiten der Luftwege" erzählt, ein Fall von ausgeprägter Follicularerkrankung des Pharynx zu seiner Beobachtung. Derselbe betraf einen Geistlichen. Die Krankheit hatte sich in den Larynx fortgesetzt, daselbst eine beständige Reizung dieses Theils und völligen Stimmverlust zur Folge gehabt, und dies bei einem robusten, sonst gesunden Mann. Alle damals üblichen Heilmittel, wie locale Blutentziehung, Gegenreize äusserlich, alterirende und Antimonialia innerlich, wurden consequent angewandt, ohne dem Patienten irgendwie erhebliche Erleichterung zu verschaffen.

Ein zweiter, diesem sowohl hinsichtlich der Hartnäckigkeit des Leidens, wie des gänzlichen Fehlschlagens aller Heilmittel ähnlicher Fall veranlasste Green, die Natur einer Krankheit zu studiren, deren Pathologie und Therapie, wie er sicher wusste, in keinem Buch zu finden war. Zu diesem Zweck besuchte er zu verschiedenen Malen die ersten Hospitäler in Amerika; correspondirte mit den hervorragendsten Aerzten des In- und Auslandes über diesen Gegenstand; sammelte gleichzeitig die Geschichten einer grossen Reihe dieser Fälle, welche danach den Namen „Angina", „Predigerhalsweh" (clergyman's sore throat) etc. erhielten. Auf Grund dieser und späterer Beobachtungen entwickelte er seine Ansichten über die Natur und Pathologie der „Follicularerkrankung der Luftwege". Diese Ansichten sind mit gewissen, durch den Fortschritt unserer pathologischen Kenntnisse bedingten Modificationen fast von allen Pathologen adoptirt worden, welche seitdem über diesen Gegenstand geschrieben haben.

Im Jahre 1838 besuchte Green Europa, um sich bei den medicinischen Gelehrten zu vergewissern, ob neuerdings irgend welche Entdeckungen oder Fortschritte in der Pathologie und Therapie der Hals- und Lungenkrankheiten gemacht worden wären.

Damals fasste er, wie er uns erzählt, in einer Unterredung mit Sir James Johnson in London zum ersten Mal die Idee, welche er seitdem consequent festhielt, Medicamente direct in die Larynxhöhle einzubringen. Sobald er nach Amerika zurückkehrte, beeilte er sich, diese Idee auszuführen.

Der erste Fall von folliculärer Laryngitis (wahrscheinlich der erste überhaupt, der berichtet wurde), in welchem eine directe topische Application von Argentum nitricum auf den Pharynx und das Innere des Larynx gemacht wurde, wurde am 26. November 1838 behandelt.

Auf Grund dieses Zeugnisses darf Amerika wohl den Anspruch auf die Priorität der directen localen Behandlung des Larynx und der Einführung der Specialität der Behandlung der Halskrankheiten erheben.

Seit jener Zeit widmete sich Dr. Horace Green ausschliesslich den Hals- und Lungenkrankheiten. Im Laufe des Jahres 1839 behandelte er viele Fälle von Larynxkrankheiten mittelst topischer Medication. 1840 berichtete er in der New-York Medical and Surgical Society über 15 Fälle und bemerkte über die Krankheit „Laryngitis“, speciell bei Predigern, dass nach seiner Ansicht zunächst die Fauces und der Pharynx und später erst der Larynx ergriffen würde. Er habe mit localen Applicationen und innerer Medication in der Bekämpfung dieses Leidens gute Erfolge gehabt und mit Vortheil eine starke Argentum nitricum-Lösung (0,5 bis 1,5 : 30 Aqu.) mittelst Schwamm und Sonde in die Glottis eingebracht.

In dem „American Med. Monthly“ (Vol. VIII., Aug. 1857) bemerkt Dr. Green weiter: „Seit jener Zeit, nahezu achtzehn Jahre hindurch, wurde ich fast constant zur Behandlung jener Klasse von Krankheiten, wo locale Behandlung in Verbindung mit inneren Mitteln erforderlich war, veranlasst und habe den Schwamm mittelst der Sonde in den Larynx und die Trachea meiner Patienten eingeführt. Oftmals sind Aerzte in jedem Jahr, in den letzten 10 Jahren nahezu 500, local von mir behandelt worden; mehr als die Hälfte derselben versicherten mir in der bestimmtesten Weise, dass das Instrument unterhalb der Stimmbänder im Larynx gewesen sei“.

Es wurde letzteres deshalb betont, weil die Wissenschaft lange Zeit vor Einführung des Laryngoscops bezweifelt hatte, dass es möglich sei, einen Schwamm in den Larynx einzuführen. Dr. Green betrieb die „Specialität der Behandlung der Halskrankheiten“ ca. 10 Jahre weiter, d. h. bis zu seinem Tode, welcher am 29. November 1866 erfolgte. 1859 erhielt er Kenntniss von der Erfindung des Laryngoscops. Er verschaffte sich ein Instrument, sah in einer grossen Anzahl von Fällen die Stimmbänder und entdeckte Krankheiten, welche, wie er sagte, sonst nicht entdeckt werden konnten. (Bulletin N. Y. Acad. of Med., Vol. I., p. 162.) Zu dieser Zeit bemerkt er: „Wenn dieses Instrument erst allgemein in Gebrauch kommen wird, so bin ich überzeugt, dass wir im Stande sein werden, Krankheiten zu heilen, welche jetzt allzu oft übersehen werden“.

Während seiner ärztlichen Laufbahn begegnete Dr. Green heftiger Opposition.

Bedurfte es einer Rechtfertigung seiner Behandlung und einer Bestätigung seiner Behauptungen, so musste das Laryngoscop ihm wohl als eine göttliche Sendung erscheinen, um das Rechte zu vertheidigen und das Wahre zu beweisen. Wiewohl wir durch die uns jetzt zu Gebote stehenden Mittel den exacten wissenschaftlichen Erfordernissen und den genauen Indicationen der Pathologie und Therapie mehr gerecht werden können, so ist doch nicht in Abrede zu stellen, dass der Name von Horace Green untrennbar mit der Geschichte der localen Behandlung des Larynx verbunden ist, und dass seine Methoden und seine Erfolge für alle Zeiten ein glänzendes Zeugniss für seine Unerschrockenheit, Ausdauer und Geschicklichkeit ablegen *).

Nachdem wir so in Kürze auseinandergesetzt haben, dass unsere Specialität in Amerika schon frühzeitig gepflegt wurde; nachdem wir dem Andenken des Mannes, welchen wir als den Begründer derselben ansehen müssen, den schuldigen Tribut gezollt haben, erscheint es uns nothwendig, eine kurze historische Notiz über die Einführung des Laryngoscops in die medicinische Praxis in Amerika zu geben. Es mag dies zugleich als Einleitung für die Betrachtung des gegenwärtigen Standes der Laryngologie in Amerika dienen, welcher dieser Artikel besonders gewidmet ist.

Die erste Publication über das Laryngoscop, welcher wir in der amerikanischen Literatur begegnen, findet sich in „The American Medical Monthly und N. Y. Review" vom Juli 1860 (Vol. XIV, p. 15). Es ist dies eine Beschreibung des Laryngoscops von Prof. Czermak durch Dr. Hugo Strangenwald (14. Juni 1860). Am 6. März 1861 berichtete Dr. Wm. H. Church vor der New York Academy of Medicine (Bulletin, Vol. I, p. 156) über eine Reihe interessanter Fälle von Kehlkopferkrankung, in welchen er das Instrument angewandt hatte. Er beschreibt auch einen sich selbst haltenden Zungenspatel in Verbindung mit dem Laryngoscop. Bei dieser Gelegenheit wurde die Priorität für den Gebrauch des Laryngoscops in Amerika von verschiedenen Seiten in Anspruch genommen. Es erscheint in der That zweifellos, dass kurze Zeit, nachdem der praktische Werth desselben in Wien (1858) entdeckt war, die amerikanischen Aerzte mit Energie ihn in ihrem eigenen Lande auf die praktische Probe stellten.

Den ältesten Anspruch, dem Datum nach, erhebt Dr. Ernest Krackowiczer aus New-York, welcher sich bereits 1858 aus Europa das damals nur einem sehr kleinen Theile der medicinischen Welt bekannte Instrument besorgen liess. Bald darauf hatte er Gelegenheit, es in einem Falle von Larynx- und Lungentuberculose zu benutzen. 1859 wandten es Dr. Horace Green und Dr. Ino H. Douglas, beide aus New-York, mit Erfolg an.

Diese Männer müssen demnach als die Pioniere in dem Gebrauch des Laryngoscops und unserer Kunst in Amerika angesehen werden.

1861 begann Dr. Louis Elsberg eine Reihe von Vorlesungen über Laryngologie in der medicinischen Abtheilung der University of the City of New York. Es war dies der erste regelmässige Unterricht in der Laryngologie in Amerika.

$1^1/_2$ Jahr später, im März 1863, errichtete die medicinische Facultät dieser

*) Trans. N.-Y. Acad. of Med. Vol. II. Part XII. p. 450.

Universität eine Klinik für unbemittelte Halskranke unter Leitung des Dr. Elsberg, welcher in derselben den klinischen Unterricht ertheilte. Dies war die erste öffentliche Halsklinik in Amerika und vielleicht in der Welt.

II. Laryngologie in Amerika.

Amerika hat in den letzten 25 Jahren auf allen Gebieten der praktischen Medicin grössere Fortschritte gemacht, als in den zwei vorhergehenden Generationen. Es verdankt dies nicht allein der höheren medicinischen Ausbildung und den gesteigerten Anforderungen der fortschreitenden Civilisation an die Aerzte, sondern hauptsächlich, wie wir glauben, der fleissigen Cultivirung bestimmter Unterabtheilungen der medicinischen Wissenschaft seitens solcher Männer, welche zum grösseren Theil sich ausschliesslich deren Studium widmeten. Amerika steht heut zu Tage in der Ausbreitung des Specialismus in seinen Ländern gegen kein Land der alten Welt zurück.

Es gilt dies ganz besonders von der Laryngologie, welche, obwohl die jüngste unter den Specialfächern, in verhältnissmässig wenigen Jahren sich eine nicht unbedeutende Position verschafft hat. Zweck dieser Zeilen ist es, soweit der Autor es in dem ihm zugemessenen Raum vermag, den gegenwärtigen Stand derselben zu zeigen, wie er sich zu erkennen giebt in der Vertheilung und der Anzahl der Specialisten in den Vereinigten Staaten, in der Literatur, den Specialgesellschaften, den nationalen Gesellschaften, in dem Specialunterricht in diesem Fach, in den vielen medicinischen Schulen, den Institutionen und Universitäten des Landes.

Die Zahl der Aerzte, die sich ausschliesslich mit der Laryngoscopie beschäftigen, d. h. der reinen Specialisten können wir nicht genau angeben. Sie ist jedoch eine sehr grosse und schnell wachsende, nach der Ausdehnung und Qualität der literarischen und praktischen Arbeiten auf diesem Specialgebiet zu urtheilen. Natürlich findet man die meisten Specialisten in den grossen Städten, wo die zahlreiche Bevölkerung eine auskömmliche Specialpraxis ermöglicht. In den kleineren Städten oder auf dem Lande ist zwar mancher Arzt auch mit irgend einer Specialität der Medicin oder Chirurgie vertraut und giebt sich ihr mit Vorliebe hin. Aber die Existenzfrage nöthigt ihn, allgemeine Praxis zu betreiben, oder wenigstens, wie das häufig geschieht, die specialistische Praxis in Augen-, Ohren- und Halsleiden mit einander zu verbinden. Die starke, heutzutage in der überfüllten amerikanischen Profession bestehende Concurrenz, der Wunsch vieler junger Männer, auf dem vermeintlich kurzen Wege des Specialismus zu Ruhm und Vermögen zu kommen, endlich die in den letzten Jahren zunehmende Erleichterung in der Erlernung des Laryngoscopirens haben die Zahl der Specialisten in jüngster Zeit sehr vergrössert.

Da nun der Unterricht an unseren medicinischen Schulen die Kenntniss des Laryngoscops und seine praktische Anwendung immer mehr erleichtert; da ferner in neuester Zeit zwischen den Ohren-, Hals- und anderen Specialärzten immer schärfere Grenzen gezogen werden, so ist das Verlangen nach Halsspecialisten ein grösseres geworden, und dadurch die Ausbreitung dieser Specialität sehr gesteigert.

III. Unterricht.

Es liegt unserer Aufgabe fern, ausführlich auf die allgemeine medicinische Ausbildung in Amerika einzugehen. Es genügt, zu erklären, dass sie radical verschieden ist von der der Länder der alten Welt. (In Canada sind die Anforderungen an die Immatriculation und Erlangung medicinischer Grade grösser, als in vielen Instituten von Amerika.) Das centrale Governement übt keine Controlle hierin aus. Jeder Staat ertheilt vielmehr nach eigenem Ermessen die Berechtigung zum Besuch eines oder mehrerer medicinischen Collegien. Es giebt z. B. im Staat New-York 14 medicinische Schulen, in Ohio 14, in Pennsylvania 5, Missouri 12, Illinois 8, Indiana 7, in Georgia und Maryland je 5. Dagegen haben Colorado und Nebrasca nur 2, Kansas und Oregon nur eine medicinische Schule. Vor 100 Jahren gab es bei einer Bevölkerung von 3 Millionen nur 2, heute haben wir bei einer Bevölkerung von 50 Millionen 87 medicinische Schulen, welche in den 28 Staaten und dem District von Columbia vertheilt sind. Diese 87 Institute gehören zu den „regulären Schulen", im Gegensatz zu der Homöopathie etc. Im Ganzen giebt es (1883/1884) in den Vereinigten Staaten 119 Schulen.

Von den 87 „regulären" Schulen sind 39 vor 15, und 21 oder ca. 26 pCt. vor 5 Jahren eröffnet worden. Es wirken in denselben 1300 Lehrer (manche darunter unentgeltlich). Die Zahl der Studenten beträgt 10,000 (in allen Schulen ca. 13 000 im Jahre 1883/1884). Alljährlich treten ca. 3600 Aerzte ins praktische Leben ein.

Jede Anzahl oder Gesellschaft von Aerzten hat das Recht, sich an die Staatsregierung zu wenden, um einen Freibrief zur Incorporation behufs Errichtung einer medicinischen Schule zu erlangen. Solch ein Freibrief gewährt dem incorporirten Institut das Recht, an seine Hörer den Titel eines Doctor der Medicin zu ertheilen. Natürlich ist es deshalb in manchen Staaten schwerer, einen solchen Freibrief zu erlangen, als in anderen. Jedes so vom Staat anerkannte Collegium hat sein eigenes Unterrichtssystem, es bestimmt die Anforderungen an seine Schüler und begutachtet auch, nach einer Prüfung am Schluss des Cursus, die Qualification seiner eigenen Studenten. Mit wenigen Ausnahmen ist keines für seine Handlungen seiner eigenen Staatsregierung gegenüber verantwortlich — dem General Goverment des Landes ganz und gar nicht — für die Leitung, die Qualität oder die Ausdehnung seines Unterrichts, für seine Ansprüche an die zu Immatriculirenden oder an die, welchen es einen Grad verleiht. Der Werth dieser Diplome ist an den verschiedenen Collegien sehr verschieden. In einigen, auswärts wohlbekannten, deren Diplome überall anerkannt werden, ist er ein Zeichen einer vollkommenen medicinischen Ausbildung; in anderen ist es leider nicht immer der Fall. — Dass ein solches von uns geschildertes System in den Händen gewissenloser Aerzte zum Missbrauch führen kann, dass ein solcher Missbrauch existirt hat und in seltenen Fällen auch heute noch existirt, das steht ganz ausser Frage. Aber man kann auch mit Genugthuung constatiren, dass die Mehrheit der medicinischen Collegien sowohl früher, als auch jetzt ernstlich bestrebt ist, die medicinische Ausbildung auf eine immer höhere Stufe zu bringen. Ebenso ist sie auch sorgfältiger in der Präliminarprüfung ihrer Zöglinge in literarischer Beziehung. Die Procentzahl

derjenigen, welche auf Grund einer literarischen oder wissenschaftlichen Prüfung promovirt worden, wächst beständig; gegenwärtig beträgt sie 9 pCt. Es werden ferner die Curse verlängert, und die Prüfung bei der Promotion wird strenger gehandhabt — kurz: Amerika betrachtet die Hebung der ärztlichen Ausbildung als eine Lebensaufgabe, und sie wird zweifellos in Bälde trotz aller Schwierigkeiten gelöst werden.

Der wichtigste Factor für die medicinische Ausbildung, die Gründung von Professuren, kann so lange nicht zur Geltung kommen, so lange die Collegien von dem Honorar der Studenten erhalten werden. Würden erst einmal Lehrstühle und Laboratorien errichtet werden, so würde auch sehr bald der medicinische Unterricht im ganzen Lande sich sehr heben. Ebenso ist es nothwendig, dass besondere staatliche Prüfungscommissionen geschaffen werden, welche auf Grund einer Prüfung in praktischen Laboratorien und in Hospitalthätigkeit und eines Diploms von einem Colleg erster Klasse das Privileg zum Prakticiren ertheilen. Es wäre endlich auch wünschenswerth, dass alle diese Collegien auf gleich hoher Stufe ständen.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zu unserem speciellen Thema zurück, so finden wir, dass von den 119 amerikanischen Schulen (1883—84) 48 mit mehr oder weniger Gründlichkeit Laryngologie (Hals- und Nasenkrankheiten) lehren; von den 11 canadischen thun es 2.

Neben den zur Ertheilung von Graden berechtigten Instituten finden Aerzte und Graduirte noch Gelegenheit zum laryngologischen Studium in der New York Policlinik (New York City), New York Post-graduate Medical School. (New York City), Philadelphia Polyclinic and College for Graduates in Medicine (Philadelphia), College for Medical Practitioners (St. Louis Mo.) und in den nach demselben Plane in neuerer Zeit eingerichteten Instituten in Chicago, Boston und Baltimore.

In Canada wird Laryngologie gelehrt in der Trinity Medical School (Toronto, Ontario) und dem Medical Department of Mc'Gill University (Montreal). Zwar geht aus der Liste hervor, dass die Gelegenheit zum Studium der Laryngologie in Amerika weit reichlicher vorhanden ist, als in England, Frankreich oder Deutschland; zwar wird in einigen grösseren Städten der Vereinigten Staaten sehr gründlicher, sowohl theoretischer, wie praktischer Unterricht ertheilt; es wird jedoch das Studium weder als ein Theil des Curses betrachtet, noch so gründlich von dem Studenten betrieben, um eine gewisse technische Geschicklichkeit zu erlangen. Ausserdem fehlt es in den von den grossen Centren des medicinischen Unterrichts entfernt gelegenen kleineren Städten an klinischem Material, um Hand und Auge genügend schulen zu können.

In verhältnissmässig vielen Instituten, besonders in den in grossen Städten gelegenen, welche gewöhnlich mit verschiedenen Hospitälern und Dispensarien verbunden sind, wird andererseits den Studenten reichlich Gelegenheit geboten, sich wenigstens einige Uebung im Laryngoscopiren zu verschaffen. In einigen dieser Institute werden auch gründliche praktische Curse gehalten.

Die Einführung der Curse zum Unterricht für graduirte Aerzte, besonders in Specialzweigen der Medicin und Chirurgie, welche in den letzten Jahren den Character von Fortbildungscursen für die Graduirten der kleineren medicinischen

Schulen angenommen haben, hat das Studium der Laryngologie sehr gefördert. Solche Fortbildungscurse werden abgehalten in New-York, Philadelphia, Chicago, St. Louis, Boston und Baltimore. Besonderes Gewicht wird dabei auf den klinischen Unterricht gelegt, der sich für die Ausbildung am meisten förderlich erweist.

Obligatorisch ist die Laryngologie auch nicht an den Collegien, an denen sie gelehrt wird. (Es gilt dies ebenso von den anderen Specialfächern.) Es hängt also von den Studenten allein ab, ob sie die Vorlesungen oder Demonstrationen besuchen oder nicht. Wenn dies oft nicht geschieht, so liegt dies weniger an dem Fleiss der Studenten, als an der Art, wie die Curse an den meisten Collegien zur Zeit eingerichtet sind. Die Hauptzweige des medicinischen Unterrichts, Sectionen und Hospitalbesuch nehmen die Zeit des Studenten so in Anspruch, dass, bei der Kürze des Studiums, ihm nicht viel für die Specialfächer übrig bleibt. Zur Ehre unserer Studenten müssen wir erklären, dass sie selbst diesen Uebelstand empfinden und deshalb freiwillig die Fortbildungscurse aufsuchen, oder nach der Promotion als klinische Assistenten für die Specialgebiete ihrer medicinischen Schulen fungiren. Daher kommt es denn auch, dass die meisten praktischen Aerzte hier zu Lande mit dem Laryngoscop vertraut sind und dass ihre Anzahl mit jedem Jahre gleichmässig wächst.

Es findet jedoch selbst an denjenigen medicinischen Instituten, wo die Laryngologie einen regulären Unterrichtsgegenstand bildet, keine Prüfung hierin statt. (Es gilt dasselbe auch von den anderen Specialfächern, wie Ophthalmologie, Otologie etc.) Es unterscheidet sich also Amerika hierin nicht von sehr vielen, wenn nicht von der Mehrzahl der europäischen Nationen. Da jedoch einige Kenntniss der wichtigsten Specialitäten für den praktischen Arzt unerlässlich ist, so müssen wir hoffen, dass unsere medicinischen Schulen in naher Zukunft darauf bestehen werden, bei dem Schlussexamen in einigen derselben eine laryngologische Prüfung eintreten zu lassen.

Der laryngologische Unterricht ist an den meisten Instituten didactisch und klinisch, in einigen nur klinisch, in noch mehreren nur didactisch.

Der klinische Unterricht wird von den Lehrern gewöhnlich in den Räumen des Collegs selbst ertheilt (zuweilen in den poliklinischen Dispensarien, welche damit verbunden sind). Zur Illustration der in Rede stehenden Affectionen werden die Patienten den Studenten vorgestellt und theils vom Lehrer selbst, theils von den Studenten laryngoscopisch untersucht.

Gewöhnlich findet kein systematischer Cursus statt (dazu fehlt es eben an Zeit), sondern es werden solche Fälle ausgewählt, die sich gerade zur Illustration in den Ambulatorien darbieten.

Nur wenige medicinische Schulen (in den grösseren Städten) haben so viele an Hals- und Nasenkrankheiten leidende Patienten in ihren Kliniken, dass die Studenten eine grössere Reihe von Untersuchungen anstellen können. Ihre ganze diagnostische und technische Thätigkeit beschränkt sich (wenn sie nicht an den Fortbildungscursen theilnehmen) auf das, was sie durch Untersuchungen an einigen wenigen Patienten, vielleicht in grösseren Intervallen, sich aneignen.

Aus obigen Auseinandersetzungen geht hervor, dass, sowohl in Amerika,

wie im Auslande, nur in den grösseren medicinischen Centren Unterricht in der Laryngologie ertheilt werden kann, und zwar nur da, wo Hospitäler und Ambulatorien reichlich vorhanden sind, deren klinisches Material zu Unterrichtszwecken verwerthet werden kann.

Mit Ausnahme des Charity Hospital New York hat keines unserer allgemeinen Krankenhäuser eine Specialabtheilung für Halskrankheiten (dasselbe gilt auch für andere Specialitäten); ja in den Vereinigten Staaten giebt es überhaupt nur ein Hospital für Halskrankheiten (Metropolitan Throat Hospital New York). Nur wenige grössere Krankenhäuser haben in ihrem Professorenkörper einen Laryngologen. In New-York z. B. existirt nur ein solcher am St. Luke's Hospital. Ebenso verhält es sich mit den anderen Specialfächern. Es ist daher ernstlich zu wünschen, dass man baldigst in Amerika die Wichtigkeit einer gebührenden Berücksichtigung des Specialismus in unserem Fache erkenne.

Von denjenigen medicinischen Schulen, in denen neben den regelmässigen Cursen noch Extracurse von jüngeren Laryngologen abgehalten werden, existiren zwei oder mehr in den beiden Centren des medicinischen Unterrichts in Amerika (New-York, Philadelphia).

Es ist übrigens weniger der Mangel an klinischem Material, als die ungenügende Einrichtung zur Verwerthung desselben, welche bewirkt, dass die Studenten nicht diejenigen Vortheile daraus ziehen können, wie es z. B. in Wien der Fall ist.

Die Laryngologie (einschliesslich Nasen- und Halskrankheiten) wird gewöhnlich nur von einem Lehrer gelehrt, welcher unter dem Titel: klinischer Professor, Professor, Docent oder Lehrer zu dem Professorenstab der medicinischen Collegien gehört. An einigen Instituten lehrt derselbe Professor auch die Brustkrankheiten, in anderen Otologie, an anderen Ophthalmologie und Otologie. In einigen wenigen Fällen muss der unglückliche Laryngologe sich sogar seinem Collegium allgemein nützlich machen als „Professor der Lungen-, Herz-, Nerven- und Halskrankheiten“ oder „Professor der Materia medica, der Therapie, der klinischen Laryngoscopie und der Herzkrankheiten“ etc.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

a. Aeusserer Hals.

1) **Monod-Dubar. Congenitale Halscyste. (Kyste congénital du cou.)** *Soc. de chirurgie de Paris. 22. Juli 1885.*

Monod spritzte zuerst in die haselnussgrosse Cyste, die in der Unterzungenbeingegend sass, eine Chlorzinklösung ein, um sie zum Verschwinden zu bringen. Recidiv 6 Monate später. Hierauf versuchte Dubar die Excision der Cyste, deren Ursprung er auf Kiemenbogenbildung zurückführte. Aber erst eine zweite

Excision brachte vollständige Heilung. — Das zuletzt excidirte Stück hatte in der Tiefe eine Epithelialbekleidung. E. J. MOURE.

2) **C. E. Bersey. Ein Fall von Kiemengangscyste. (A case of branchial cyst.)** *New-York Med. Record. 28. Nov. 1885.*

Bei einem 5jährigen Kinde fand sich unter der rechten Unterkieferhälfte eine eigrosse Geschwulst. Bewegung derselben verursachte weder Schmerz noch Unbehagen. Die Haut, der Mund und die Zähne waren in gutem Zustande. Anamnese ergiebt nichts, eine Verletzung hat nicht stattgefunden. Hereditäre Verhältnisse gut. Da B. eine congenitale Cyste vermuthete, so stach er eine Pravaz'sche Spritze ein und entleerte eine strohgelbe Flüssigkeit, welche, mikroscopisch untersucht, Epithelzellen enthielt und den Verdacht also bestätigte. In Folge der Operation trat eine acute Entzündung auf, welche den Tumor zum Schwinden brachte. LEFFERTS.

3) **Gluck** (Berlin). **Ueber Blutcysten der seitlichen Halsgegend.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 52. S. 863. 1885.*

Gluck stellte in der Berliner medic. Gesellschaft einen geheilten Fall von Blutcyste am Halse vor, den 19. der in der Literatur bekannt gewordenen und den 6., der mit Erfolg (nach J. Wolff) operirt wurde. In Gluck's Fall zeigte die anatomische Untersuchung, dass es sich um eine Kiemengangscyste handelte, welche mit der Vena jugularis communicirte. Das Blut in der Cyste war nicht geronnen, obgleich sie von der Patientin 10 Jahre lang beobachtet war.

B. FRAENKEL.

4) **Demons** (Bordeaux). **Congenitale canaliculäre Cysten des Halses. (Kystes congénitaux canaliculaires du cou.)** *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux. 3. Juli 1885.*

D. stellt ein junges Mädchen vor, das im Alter von 5 Jahren in der Gegend des Zungenbeins einen rundlichen Tumor gehabt, der sich spontan geöffnet und einen fistulösen Gang zurückgelassen hatte, aus welchem sich seither Eiter in ziemlich grosser Menge entleert hatte. — Alle medicamentösen Methoden (Einspritzungen von Jod. Liqueur de Vilatte etc.) waren vergebens gewesen. D. spaltete nun den Gang bis zur Höhe des Zungenbeins und unter diesem entlang. Nach dieser langwierigen und schwierigen Operation trat Vernarbung der Fistel ein. Die Narbe adhärirt dem tiefen Halsgewebe und dem Zungenbeine, dem sie auch bei Schluckbewegungen folgt. D. stellt einen zweiten ähnlichen Fall von Fistel am Halse vor bei einem 10jährigen Mädchen, bei der sie schon seit dem 10. Monate besteht, doch ist in dem Falle die Einführung einer gewöhnlichen Sonde unmöglich. Von aussen lässt sich aber der Gang bis zum Zungenbein verfolgen. D. fragt, ob er auch hier den so schwierigen und nicht immer von Erfolg begleiteten chirurgischen Eingriff machen solle.

In der Discussion bemerkt Croquart, dass es sich in diesen beiden Fällen um die von Larrey beschriebenen „Kystes canaliculaires du cou" handle, die sich geöffnet und jene Fistelgänge zurückgelassen hätten. Da in dem letzteren, von D. vorgestellten Falle keine besonderen Beschwerden bestehen, so rathe er von jeder Operation ab. E. J. MOURE.

5) **Loumeau** (Bordeaux). **Ein Fall von Halscyste, behandelt und geheilt durch Punction und Jodinjection. (Un cas de kyste du cou traité et guéri par la ponction suivie d'injection iodée.)** *Société de méd. et de chir. de Bordeaux. 5. Juni 1885.*

L. nimmt an, dass die Cyste aus dem Schleimbeutel Boyer's hervorgegangen sei. In der Discussion, die dem Vortrage folgte, meint Moure, das ganze Krankheitsbild entspräche viel mehr einer Schilddrüsencyste, eine Ansicht, der auch Dudon beipflichtet. Letzterer fügt aber hinzu, dass L. auch an die Möglichkeit einer angeborenen Cyste der Kiemenbögen hätte denken sollen.

E. J. MOURE.

6) **J. Reverdin** (Genève). **Echinococcuscyste in der Gegend der Schilddrüse. (Kyste hydatique de la région thyroidienne.)** *Revue de la Suisse romande. No. 6. Genève. 1885.*

Die grosse Cyste, welche durch ihre Lage, ihr rapides Wachsthum während und nach einer Schwangerschaft und theilweise auch durch ihr Verhalten zur Nachbarschaft eine maligne Kropfgeschwulst vorgetäuscht hatte, entpuppte sich bei der Punction als Echinococcuscyste. Die Geschwulst war an einer kleinen Stelle leicht entzündet. Nach der Entleerung, bei welcher eine grosse Menge Hydatiden zu Tage gefördert wurde, ergab es sich, dass sie nicht der Schilddrüse, sondern dem diese umgebenden Zellgewebe angehörte. Die Heilung ging nach breiter Eröffnung und Drainirung rasch und schön von Statten. JONQUIÈRE.

7) **J. S. Smith. Diagnose und Behandlung der dendritischen Cystentumoren der Kiefer. (Diagnosis and treatment of dentritic cystic tumors of the jaws.)** *Med. Surg. Rep. Philadelphia. LIII. p. 169. 1885.*

Der Autor theilt uns mit, dass die Cystentumoren mit anderen Affectionen, welche eine Schwellung um den Kiefer hervorbringen, wie Enchondromen, Sarcomen und Myxomen, Abscessen und Flüssigkeitsansammlungen im Antrum, verwechselt werden können. Hierauf sucht er die differentiellen Zeichen der verschiedenen Processe festzustellen und bespricht schliesslich die Pathologie und Behandlung der Kiefercysten.

LEFFERTS.

8) **Malassez. Ueber die Pathogenie der sogenannten folliculären Kiefercysten. (De la pathogénie des kystes du maxillaire dits folliculaires.)** *Société de biologie de Paris. 31. October 1885.*

M. bekämpft die allgemein angenommene Broca'sche Theorie der drei Gattungen von Kiefercysten: 1) der einfachen, uniloculären, 2) der odontoplastischen und 3) der eigentlichen Zahncysten, nach welcher Theorie die Unterschiede dieser 3 Gattungen eng verknüpft seien mit dem Zeitpunkte ihrer Entwicklung.

M. glaubt, dass die Epithelmassen, die um die Zahnwurzel gelagert sind, sich umwandeln und Anlass zur Cystenbildung geben, und dass je nach dem Grade ihrer Entfernung vom Zahne die eine oder die andere Varietät der Cysten entstehe.

E. J. MOURE.

9) **Léon le Fort** (Paris). **Ueber einen Fall von Fistula branchialis thyro-hyoidea, geheilt durch Electrolyse. (Sur un cas de fistule branchiale thyro-hyoidienne, guérie par électrolyse.)** *Bulletin général de thérapeutique. 30. Juli 1885.*

Der 15jähr. Knabe hatte im Alter von 11 Jahren eine kleine Anschwellung in der Höhe des Zungenbeins gehabt, die 3 Jahre bestand, dann aufbrach und seither eine Fistel zurückliess, aus der sich eine helle, fadenziehende Flüssigkeit entleerte. Der gemachte Versuch, mittelst Bistouris den kleinen Tumor sammt Fistel zu entfernen, war fruchtlos; es blieb ein kleiner Gang zurück, in den man nur einen dünnen Silberdraht einführen konnte. — Le Fort brachte diesen Draht mit dem positiven Pole einer schwachen Batterie in Verbindung und liess den Strom durch 2 Minuten einwirken. Nach einer einige Tage später vorgenommenen zweiten Cauterisation, die etwas länger dauerte, trat vollständige Heilung der Fistel ein.

Auch in zwei weiteren Fällen, in welchen ihn alle Mittel im Stich gelassen hatten, sah er von der Elektrolyse Erfolg. E. J. MOURE.

10) **Hermann** (Baar). **Beiträge zur Kenntniss der malignen Lymphdrüsengeschwülste. Berner Dissertation.** Zug. 1885.

Von den 25 hier beschriebenen Fällen sind 17 primär am Hals aufgetreten und einige andere haben nachträglich die Halsdrüsen oder die inneren Halsorgane ergriffen. Sie zerfallen in 15 Lymphosarcome, 9 maligne Lymphome und 1 Fall einer noch unbekannten Drüsenaffection, von Kocher Lymphomatosis diffusa genannt. Die Diagnose der genannten Krankheiten und die Differentialdiagnose zwischen den beiden erstgenannten Hauptformen sind ausführlich angegeben. Die Hauptmerkmale für Sarcom sind die Verwachsungen mit der Umgebung und mit der Haut, und die Tendenz zum Zerfall; für malignes Lymphom die bald eintretende Anämie, der Milztumor, die längere Dauer der Krankheit und die Persistenz der feineren Drüsengebilde. Die Lymphomatosis diffusa ist dadurch characterisirt, dass absolut alle Lymphgewebsgebilde des ganzen Körpers infiltrirt sind.

Besonders erwähnenswerth ist für uns, dass ein Lymphosarcom weissknotige Metastasen in Larynx und Trachea setzte, und dass bei der Lymphomatosis diffusa Infiltrationen und Geschwüre an den Tonsillen, an der Zungenbasis, im Rachen und an den aryepiglottischen Falten auftraten. Die malignen Lymphome wurden öfter als die Sarcome durch Compression der Luftröhre oder als Mediastinaltumoren verderblich. Als Therapie wird für die Sarcome die möglichst frühe und ergiebige Exstirpation empfohlen. Gegen die malignen Lymphome wurde zweimal die Solut. Fowleri als Injection in die Geschwulst und innerlich in grossen Dosen mit Erfolg verwendet. JONQUIÈRE.

11) **Susan P. Stackhouse** (Philadelphia). **Exstirpation eines Lymphoms am Halse, Heilung. (Removal of a lymphoma from the neck, recovery.)** *New-York Med. Journal. XLII. No. 8. p. 217. 22. August 1885.*

Ein fester, nicht elastischer Tumor, der 7 Ctm. in der Breite hatte und sich auf der linken Seite vom Ohr bis 3 Ctm. unterhalb der Cartil. cricoid. erstreckte,

ohne die Haut zu ergreifen, aber das Schlucken und die Respiration erschwerte, wurde durch eine 12 Ctm. lange Incision entfernt. Unter anderen sorgfältigen Ablösungen war auch eine 8 Ctm. lange Verwachsung mit der Vena jugul. intern. zu trennen. Am achten Tage wurde der Verband fast ganz rein abgenommen, und die Wunde war bis auf einen kleinen Punkt geschlossen. LEFFERTS.

12) **B. C. Keister. Krampfartiges Asthma in Folge eines Halslipoms. Exstirpation, Heilung. (Spasmodic asthma due to fatty tumor of the neck. Removal, cure.)** *Virginia Med. Monthly. August 1885.*

Ein Lipom von der Grösse eines Eies, welches am Rand der Clavicula und unter dem Musc. sternocleidomastoid. gelegen war, drückte (bei gewissen Kopfstellungen) gegen die Trachea und erzeugte stridulöses Athmen. (Da kein krampfartiges Asthma bestand, so ist es schwer zu begreifen, weshalb der Autor seinem Artikel einen so missleitenden Titel gab. Ref.) LEFFERTS.

13) **N. Burzew** (Totma). **Parotitis epidemica. (Epidemilscheski periparotit.)** *Wratsch. No. 46, 47 u. 50. 1885.*

Verf. beobachtete eine Epidemie von Parotitis epidemica, die vom Januar bis zum Juli 1885 dauerte. Zur Beobachtung kamen im Ganzen 260 Fälle. Die Epidemie hatte erst in der Umgebung der Stadt begonnen und wurde darauf durch Schüler, die zur Stadt zogen, in derselben verbreitet. Das Hauptcontingent der Erkrankungen stellte das schulpflichtige Alter. Von den 260 Kranken standen 147, also 70 pCt., im Alter zwischen 10—15 Jahren. Der jüngste Pat. war 7 Monate alt, dann folgte einer mit 11 Monaten; der älteste Pat. war 65 Jahre alt. Die Epidemie begann im Januar, erreichte ihre Acme im März, mit 82 Erkrankungen, und hörte im Juli vollkommen auf. Nur 27 pCt. verliefen complicationslos, in 73 pCt. aller Fälle wurden bald mehr, bald weniger ernste Complicationen verzeichnet. 86 mal kam Otitis med. sup. vor mit Hinterlassung von einseitiger Taubheit in 2 Fällen; Laryngitis acuta 5 mal, Lymphadenitis sup. colli 16 mal, Orchitis 5 mal, Rheumatismus art. acut. 1 mal. Den eigentlichen Grund für die Ansteckung bildeten die Schulen, und dabei beobachtete Verf., dass, je schlechter die hygienischen Verhältnisse derselben waren, desto mehr Erkrankungen vorkamen und desto schwerer jeder einzelne Fall verlief. Die Kirchenschule stand damit obenan, wo von 163 Schülern 56, also 37 pCt. erkrankten; in dem weiblichen Progymnasium erkrankten von 163 Schülerinnen 45, also 27 pCt. und von 207 Schülern der Stadtschulen nur 46, also 22 pCt.

Auch war in den beiden letzten der Verlauf, wie schon gesagt, ein viel milderer. Die Behandlung bestand in allen Fällen in äusserlichem Gebrauch von Jod und Eis.

Am Ende spricht sich Verf. für strenge Isolirung solcher Kranken aus, da nach seinen Erfahrungen die meisten Fälle mit Complicationen verlaufen und diese wiederum zu ernsten Störungen, wie Verlust des Gehörs, führen können. LUNIN.

14) **Wm. Goodell. Entzündung der Parotiden in Folge von Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen. (Inflammation of the parotid glands following operations upon the female genital organs.)** *New-York Med. Record. 3. Oct. 1885.*

G. giebt in seinem Artikel die Geschichte von einigen Fällen, welche ihm zu

beweisen scheinen, dass ein sympathisches Verhältniss zwischen den Parotidenentzündungen und den Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen bestehe. Schröder hat 5 Fälle von Parotitiden mit zwei Todesfällen bei hundert Ovariotomien berichtet. Bei 153 vom Verf. ausgeführten Ovariotomien hat er ein Mal Parotitis gesehen, worüber er näheres mittheilt. Es waren dies Fälle von symptomatischer Parotitis, aber er glaubt, dass es andere sympathische Fälle giebt, die nicht septischen Charakters sind, insofern keine Symptome von Septicämie vorhanden sind und die Schwellung auch nicht in Eiterung übergeht. In seinem dritten Falle schwollen beide Parotiden nach der Ovariotomie an. Seitdem sind seine Beobachtungen von Angus Mc Donald und Anderen bestätigt worden, wonach der Process ein sympathischer, kein symptomatischer ist. Es bestehe eine Verwandtschaft zwischen dem Genitalapparat Erwachsener und der Parotis, und die Existenz beider Processe sei bisweilen mehr als ein blosses Zusammentreffen.

LEFFERTS.

15) **Pierre Parisot** (Nancy). **Zum Studium der Parotitis chronica saturnina. (Contribution à l'étude de la parotidite chronique saturnine.)** *Revue méd. de l'Est. No. 15. August 1885*

P. bringt 4 persönlich beobachtete Fälle von Parotitis saturnina. Diese noch wenig gekannte, von Comby und namentlich von Renant näher beschriebene Affection hat einen schleichenden Verlauf und äussert sich unter dem klinischen Bilde einer Schwellung beider Ohrspeicheldrüsen, die entweder eine geringe ist, oder zur Verunstaltung des Gesichtes führen kann. Die subjectiven Symptome sind wenig auffällig. Manchmal bestehen Schmerzen. Die Speichelsecretion scheint nicht vermehrt zu sein. — P. glaubt sich bei dem geringen Beobachtungsmaterial nicht berechtigt, über die Häufigkeit dieser Affection beim Saturnismus aussprechen zu dürfen.

E. J. MOURE.

16) **Tussau. Fisteln der Parotis und des Stenonischen Canals (neue Behandlungsart). (Fistules de la Parotide et du canal du Stenon [traitement nouveau].)** *Thèse. Lyon. 1885.* Waltenner et Comp.

Die neue Behandlungsmethode für die jeder Behandlung trotzenden Fisteln des Ductus Stenonis und der Drüse selbst besteht darin, die Parotis mit Hilfe von Einspritzungen fettiger Substanzen zur Atrophie zu bringen. — Zwei an Menschen beobachtete Fälle und zwei Thierexperimente werden zur Stütze dieser neuen Methode angeführt.

E. J. MOURE.

17) **Buss. Ein Beitrag zur Kenntniss der Parotistumoren.** *Aerztliches Intelligenzblatt. No. 38. 1885.*

Verf. untersuchte 8 Parotistumoren mikroscopisch, darunter waren 4 Myxosarcome, 1 adenoides Sarcom, 1 Rundzellensarcom, 1 Sarcom mit partiell adenoidem Character und 1 Chondrom. Die Aetiologie der Parotistumoren ist eine dunkle, zuweilen gehen entzündliche Processe voraus; das Wachsthum der Geschwülste ist ein sehr langsames; die Diagnose hat oft mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen, im Allgemeinen kann man sich an den von König aufgestellten Satz halten, dass, je mehr die Geschwulst den vergrösserten Contouren

der Parotis entspricht, sie um so eher auch der Parotis angehört. Die Prognose ist auch bei den Sarcomen ziemlich gut, da dieselben höchst selten recidiviren oder Metastasen machen. Die Therapie kann nur eine operative sein; Cystome heilen zuweilen nach Punction und Jodinjection. SCHECH.

18) **Tillaux** (Paris). **Ueber eingekapselte Tumoren der Parotishöhlung. (Des tumeurs encapsulées de la loge parotidienne.)** *Gazette des hôpitaux. No. 122. 22. October 1885.*

Vortrag, gehalten im Hôtel Dieu bei Gelegenheit eines Falles von gutartigem abgekapselten Tumor der Parotis, der exstirpirt wurde. E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **Alfred S. Gubb. Der Werth des Geruchs für die Diagnose. (The olfactory functions in relation to diagnosis.)** *Medical Bulletin Philadelphia. Oct. 1885.*

Eine interessante Abhandlung, welche die allgemeinen Ansichten über diese Frage bespricht und die Materie für ergiebig genug hält, um einer systematischen Untersuchung zu verlohnen. Vom rein physiologischen Standpunkte aus verdient sie schon unser Interesse; sie gewinnt aber eine ganz andere Bedeutung, wenn man sie vom pathologischen Standpunkt aus betrachtet.

Als Beweis für diese Bedeutung werden zahlreiche Beispiele angeführt: der Athem eines Typhuskranken, der erstickende oder scharfe Geruch einer Wöchnerin, der saure Geruch des acuten Rheumatismus, die Hautgerüche etc., alle haben sie eine diagnostische Bedeutung. LEFFERTS.

20) **Ziem** (Danzig). **Ueber die Einwirkung aromatischer Substanzen auf die Nasenschleimhaut.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 30. 1885.*

I. Fälle, in welchen aromatische Substanzen medicamentös eingewirkt haben. 1) Eine Dame bekam einen nächtlichen Hustenanfall, nachdem am Abend zuvor in einem ihrem Schlafzimmer benachbarten Raume Inhalationen mit Perubalsam vorgenommen worden waren. 2) Dämpfe von Pfeffermünzöl, welches als Volksmittel gegen Asthma gilt, und oft Verschwellungen der Nase schnell beseitigt, verursachten in 4 Fällen nach anfänglicher Besserung erhebliche Verschlimmerung der Nasenschwellung. Ebenso 3) Terpentinöl und 4) Kiefernadelöl.

II. Fälle, in denen eine gewerbsmässige Beschäftigung mit aromatischen Substanzen stattfand. 1) Asthma bei einem phthisischen Commis eines Materialwaarengeschäfts, so oft Pfeffer verkauft wurde. 2) Geschäftsführer einer Tabaksfabrik mit chronischer Blennorrhoe und alternirender Zuschwellung der Nase, sowie Occipitalneuralgie und Herzklopfen. 3) Oedematöse Anschwellung der Augenlider und des Gesichts und hochgradige Schwellung der Nasenmuscheln bei einem Blumenhändler von Juli ab bis in den Spätherbst; also zu einer Zeit, wo mit heimischen Rosen gehandelt wurde. Im Winter etc., wenn die Rosen aus Italien kommen, hat Pat. die Erscheinungen nicht. Sein Principal, der an ähnlichen Erscheinungen leidet, vermeidet den Blumenladen und erhält sich so gesund. 4) Hyperämie der Nase und Schnupfen bei einer Frau, seitdem sie ein Parfümeriegeschäft übernommen hatte. B. FRAENKEL.

21) **Ziem** (Danzig). **Geschichtliche Notiz über das Schwellgewebe der Nasenschleimhaut.** *Allgemeine med. Central-Zeitung. No. 49. 1885.*

Die erste Abbildung des Schwellgewebes findet sich bei Th. Sömmering im Jahre 1809. Derselbe constatirte auch bereits gegenüber der Ansicht von Zuckerkandl das Vorhandensein von Schwellgewebe in der Nasenscheidewand, doch ist dasselbe hier nicht so mächtig, wie an der lateralen Wand. SCHECH.

22) **Ziem** (Danzig). **Ueber inspiratorisches Zusammenklappen der Nasenflügel.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 46. 1885.*

Bei einer 72jährigen Jungfer wurde der linke Nasenflügel bei tiefer Inspiration gegen das Septum angesaugt. 8 Tage bevor die Erscheinung auftrat, war die linke hintere Muschel vom Verf. galvanocaustisch behandelt worden. Derselbe ist der Meinung, dass die hierdurch erzielte grössere Wegsamkeit bei der mangelhaften Resistenz des atrophischen, senilen Flügelknorpels die Erscheinung hervorgerufen habe. Eine Facialislähmung bestand nicht. B. FRAENKEL.

23) **Austin Flint. Bemerkungen über die Aetiologie und Therapie der acuten Coryza. (Suggestions in regard to the causation and treatment of acute coryza.)** *Philadelphia Med. News. p. 465. 24. Oct. 1885.*

Der Autor ist der Ansicht, dass gewisse rationelle Gründe für den parasitären Ursprung der acuten Coryza sprächen. Wenn seine Annahme berechtigt wäre, so würde natürlich die Tödtung des Parasiten durch ein geeignetes Mittel sofort den Anfall coupiren. Die allgemein empfohlene locale Behandlung ist, wenn sie nicht direct eine antiparasitäre ist, nur in soweit wirksam, als sie in dieser Richtung thätig ist. Deshalb werden gewöhnlich die nachfolgenden Mittel angewandt: Kali permang., Natr. salicyl., Terpentindämpfe und eine Combination von Chinin mit Campher. LEFFERTS.

24) **R. Gray. Eine Notiz über Atropin bei acuter Coryza. (A note on atropia in acute coryza.)** *Philadelphia Med. News. 5. Dez. 1885.*

Das Mittel wird in Dosen von $^1/_2$ Mgrm. alle vier Stunden gegeben. Der Autor hat es in einer Reihe von Fällen bei allen Stadien dieser Krankheit versucht und hat bei jeder Altersstufe denselben guten Erfolg erzielt. Er zieht es dem Cocain vor. LEFFERTS.

25) **Christopher Hiram. Die Spray-Methode; ihre Leistungen und ihr Nutzen beim Catarrh. (The spray-method, what it can do for catarrh and it effects.)** *St. Louis Med. Surg. Journal. Sept. 1885.*

Folgend einem berühmten Vorgänger, welcher auf eine wichtige Frage die Antwort gab: „Gehe hin und erzähle dem Fragesteller, was Du siehst und hörst", unterbreitet der Autor nur wenige Fälle — typisch für Viele — um zu zeigen, was man leisten kann und was geleistet wurde.

Die Details seiner Spraymethode, mit der er nach seinen Berichten brillante Erfolge erzielte, theilt er uns nicht mit, ausser in einem Falle (Vaselin und Resorcin 0,36:30,0 Aq.). In einem anderen wurde die Politzer'sche Luftdouche

mit Calomel zur Spraymethode hinzugefügt. Ueber letztere lässt er uns jedoch im Dunkeln. LEFFERTS.

26) **Ziem** (Danzig). **Ueber Nasenblennorrhoe bei Neugeborenen.** *Allgem. medicin. Central-Zeitung. No. 101. 1885.*

Verf. fand bei Neugeborenen mehrmals neben eitriger Mittelohrentzündung eine gleichzeitige Nasenblennorrhoe, sowie eine blennorrhoische Erkrankung der mütterlichen Vagina; auf Grund dessen glaubt er, dass die Infection während der Geburt stattgefunden habe, ein Ereigniss, das häufiger vorkomme, als man bisher annahm; auch hält er manche Fälle von genuiner Ozaena für angeboren, d. h. intra partum acquirirt. SCHECH.

27) **K. Köhler** (Posen). **Zwei Fälle von Heufieber. (Dwa przypadki febry siennej u nas spostrzegane.)** *Przegl. lekarski. No. 44. 1885.*

K. berichtet über zwei Fälle von Heufieber, die er durch locale Behandlung der Nasenerkrankung beseitigte.

Der erste Fall betrifft einen Gutsbesitzer, der im Juli, während der Roggenblüthezeit, seit Jahren an einem heftigen, mit asthmatischen Attacken verbundenen Schnupfen zu leiden hatte, welcher ca. 6 Wochen dauerte. Der Anfall wurde gewöhnlich durch Jucken und Brennen in der Nase und den Augen eingeleitet, zu dem sich später seröser Ausfluss, Nieskrampf und Verstopfung der Nase hinzugesellte. Die ersten Nächte stellten sich gewöhnlich asthmatische Beschwerden ein. Die Untersuchung der Nase ergab Schwellung der linken unteren Muschel und hypertrophischen Catarrh der Schleimhaut. Nach Aetzung mit dem Galvanocauter und Insufflationen mit Argent. nitr. wurde der Kranke von seinem Uebel dauernd befreit.

Der zweite Fall betrifft einen 14jährigen, schwächlichen, anämischen Knaben, der im Juli, schon seit einigen Jahren, von einem heftigen, mit Asthma verbundenen Schnupfen zu leiden hat. Die Anfälle sind von kurzer Dauer, stellen sich gewöhnlich am Tage ein und nur im Monat Juli. Beide unteren Nasenmuscheln sind geschwollen, die übrige Schleimhaut gelockert und etwas hypertrophisch. In vier Sitzungen wurden die Muscheln mit dem Galvanocauter geätzt, worauf dauernde Heilung erfolgte. — K. ist geneigt, eine nervöse Prädisposition als begünstigendes Moment zur Entstehung dieser Zustände anzunehmen. T. HERING.

28) **Carl Seiler. Das Heufieber und seine Behandlung. (Hay-fever and its treatment.)** *Rep. Alumn. Assoc. Philad. Coll. Pharmac. XXI. p. 75—86. 1884/85.*

Das Journal war nicht zu erlangen, und obwohl ich den Autor schriftlich um einen Separatabdruck oder ein kurzes Autorreferat bat, so erhielt ich doch keines von beiden. LEFFERTS.

29) **W. Chatham** (Louisville). **Ist Heufieber heilbar? (Is there a cure for hay-fever?)** *Louisville Med. News. 22. August 1885.*

Die Frage wird affirmativ beantwortet. C. theilt die zuletzt von ihm empfohlene Behandlungsmethode mit, d. h. Zerstörung der sensitiven Area in der Nase durch verschiedene Mittel, am besten durch den Galvanocauter. Neben den

localen Mitteln hält er die Allgemeinbehandlung für sehr wichtig, da er der Ansicht ist, dass das Heufieber nicht eine rein locale Ursache habe. LEFFERTS.

30) **Beverley Robinson. Notiz über die Behandlung des sogenannten Heufiebers. (Note on the therapeutics of hay-fever [so called].)** *New-York Med. Record. 17. October 1885.*

Der Autor äussert sich dahin, dass weder Cocain, noch die verschiedenen electro-caustischen Methoden im Stande seien, die Opfer des Heufiebers von ihren momentanen oder späteren Anfällen zu befreien. Er habe Fälle gesehen und erfolgreich behandelt, die offenbar nichts zu thun hatten mit dem perniciösen Pollen oder mit einer Störung der Nervencentren. Eben so wenig sei es genügend erwiesen, dass es sich um einen hypersensitiven Zustand des „Cervico-occipitalsympathicus" gehandelt habe. Seine Behandlung besteht darin, dass er eine Mischung von Acid. carb. und Glycerin 1:3 gründlich auf die Nasenschleimhaut applicirt. Er „vermuthet", dass, wenn sie Nutzen bringt, dieser darin besteht, dass die „sensitiven Stellen der Schleimhaut" umgestimmt, resp. zerstört werden. LEFFERTS.

31) **E. Fletcher Ingals. Heufieber; seine Ursachen und seine Heilung. (Hay-fever; its causes and cure.)** *Medical News. Vol. XLVII. No. 1. p. 23. 4. Juli 1885.*

Die wichtigsten Punkte dieser Mittheilung sind: 1) die Empfehlung des Cocain, welches, wie der Autor glaubt, in einem voll entwickelten Falle von Heufieber die quälenden Symptome zu lindern verspricht. Sein Nutzen bewährt sich auch, wenn es 2) der Anwendung des Galvanocauters vorausgeschickt wird, welcher unter zehn Fällen in neun Aussicht auf Heilung bietet. Der Erfolg erfordert zehn bis zwanzig Sitzungen; und diese sollten vor dem Eintreten des Anfalls absolvirt werden. Die Methode besteht darin, dass man zuerst mittelst einer dünnen, flachen Sonde die hyperästhetischen Stellen der Nasenschleimhaut feststellt und sie hierauf oberflächlich cauterisirt, indem man darauf Bedacht nimmt, nicht eine zu grosse Fläche zu brennen. LEFFERTS.

32) **John Watson** (London). **Cocain bei der Behandlung des Heufiebers. (Cocaine in the treatment of hay-fever.)** *Lancet. 4. Juli 1885.*

In einem Briefe an den Redacteur des Lancet empfiehlt W., der selbst an Heufieber leidet, eine angefeuchtete Cocaintablette, die 0,01 Cocaini hydrochlor. enthält, in jedes Nasenloch einzuführen. Der Effect soll ein unmittelbarer und vollständiger sein. Der Autor hat innerhalb 14 Tagen nur 24 Tabletten verbraucht, und ist von seinem Leiden factisch verschont geblieben. (Leider scheint der Erfolg durchaus nicht in allen Fällen ein so vollständiger und anhaltender zu sein. Der Referent hat während der letzten Heufiebersaison das Mittel in ausgedehntem Maasse zu versuchen Gelegenheit gehabt. Temporärer Nutzen bei Anwendung starker (20procentiger) Lösungen wurde in fast allen Fällen erzielt, oft aber ging, nach den Angaben zuverlässiger Patienten, der Effect in weniger als einer halben Stunde vorüber, und „das immerwährende Pinseln oder Zerstäuber-Gebrauchen ist beinahe ebenso schlimm, wie das Heufieber selbst" ist eine Bemerkung, die er öfters zu hören bekommen hat. Ref.) SEMON.

33) **F. A. Burvill. Therapie des Heufiebers. (The therapeutics of hay-fever.)** *New-York Med. Record. 24. Oct. 1885.*

Robinson bezeichnet die Wirkungsweise des Cocain dahin, dass es „secundär einen Verschluss der Nasenwege herbeiführe und zwar, wie er glaube, in Folge einer Paralyse der Nasenmuscheln, die es erzeuge". Diese Angabe wird durch die Beobachtung bestätigt, welche B. in zwei Fällen machte, wo er gegen Nervosität Cocain hypodermatisch injicirte. Zuerst trat eine angenehm calmirende Wirkung auf, welcher nach ein bis zwei Stunden eine, wenn auch nicht schwere Kopfcongestion folgte. LEFFERTS.

34) **G. H. R. Dabbs** (Shanklin, Isle of Wight). **Heufieber. (Hay-fever.)** *British Med. Journal. 4. July 1885.*

D., der selbst an Heufieber leidet, empfiehlt, die Nase zweimal täglich mit folgender Lösung zu pinseln: Rep. Cocain. hydrochlor. 0,25, Collodii flexil. 4,0, Olei Ricini 15,0. SEMON.

35) **J. W. Stickler. Cocain gegen Heufieber. (Cocaine in Hay-fever.)** *New-York Med. Record. 17. Oct. 1885.*

Pastillen von Cocain (0,075) werden in die Nasenwege eingeführt, woselbst sie sich auflösen. LEFFERTS.

36) **J. W. Bull** (West Chislehurst). **Cocainum hydrochloratum beim Heufieber. (Hydrochlorate of cocaine in hay-fever.)** *British Med. Journal. 4. July 1885.*

Der Autor leidet selbst am Heufieber. Die Einträufelung einer 2 procentigen Solution in seine Augen hat wohl die Entzündung und das Jucken gemildert, nicht aber prophylactischen Einfluss geübt. Die Niesskrämpfe und die Schwellung der Nase sind durch Aufziehen einer 1 procentigen Lösung in die Nase beseitigt worden. Der Autor will an sich selbst weitere Experimente anstellen. Er empfiehlt auch locale Application von Vaselin. SEMON.

37) **J. M. da Costa. Bemerkungen über die Behandlung des Rosencatarrhs und Heufiebers mittelst Cocain. (Remarks on the treatment of rose-cold and hay-fever by cocaine.)** *Philadelphia Med. News. 31. Oct. 1885.*

Der Artikel enthält im Eingange mehrere Fälle, in welchen das Mittel Heilung gebracht hatte. Seine Wirksamkeit beim Heufieber beruht zum Theil auf der localen Anästhesie, welche es hervorruft, zum Theil auf der Contraction der Capillaren, welche es erzeugt. Die Wirkung ist also hauptsächlich eine locale. Den Bronchialkatarrh und das Asthma, welche einzelne Fälle begleiten, beseitigt es nicht; aber es ist erstaunlich, wie es die Tendenz zu diesen Complicationen abzuschwächen scheint, sobald es frühzeitig angewandt wird. LEFFERTS.

38) **S. C. Ayres. Cocain gegen Heufieber. (Cocaine in hay-fever.)** *Cincinnati Lancet & Clinik. 3. Oct. 1885.*

Der Autor theilt seine persönliche Erfahrung mit. Er glaubt — indem er von sich selbst urtheilt —, dass Cocain in den ersten Stadien des Heufiebers sich günstig erweise und den Paroxysmus zurückhalte, dass es jedoch in den späteren entweder gar keinen, oder nur geringen Nutzen habe. LEFFERTS.

39) **G. H. Simmons** (Lincoln, Neb.). **Cocain gegen Heufieber. (Cocaine in hay-fever.)** *New-York Med. Record. 19. Sept 1885.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

40) **W. Cheatham** (Louisville). **Cocain gegen Heufieber. (Cocaine in hay-fever.)** (Im Original-Bericht fehlte die Angabe des Publicationsorts. Red.)

Verf. schliesst seine Abhandlung mit der Bemerkung, dass viele, wahrscheinlich die meisten derjenigen, welche an Heufieber leiden, ohne erhebliche Unbequemlichkeiten leben können, wenn sie in dem zweckmässigen Gebrauch des Cocain unterwiesen wurden. Auch die Uebrigen würden sich leidlich befinden, wenn sie sich einer activen Behandlung unterwerfen würden, die darauf gerichtet ist, die Nasenhypertrophie, die Deviation des Septum, Polypen oder andere Affectionen zu beseitigen. Am besten eignen sich zu diesem Zweck die Cauterisation mit Chromsäure, der Galvanocauter, oder das Ferrum candens. LEFFERTS.

41) **J. Philpots** (Parkstone). **Ein Mittel gegen Heufieber. (A remedy for hay-fever.)** *British Med. Journal. 29. August 1885.*

Ph. empfiehlt eine kleine Quantität folgenden Pulvers mittelst eines Insufflators während des Heufiebers oder auch während der Initialsymptome eines gewöhnlichen Schnupfens in die Nasenlöcher einzublasen: Rep. Acid. borac. pulv. 2,0, Natrii salicyl. 2,5, Cocain. hydrochlor. 0,12. SEMON.

c. Mundrachenhöhle.

42) **W. Gruber** (Petersburg). **Ein Musculus stylo-pharyngeus biceps durch Auftreten eines vom Processus mastoideus entsprungenen Caput accessorium.** (Neu.) *Virchow's Archiv. Bd. 102. S. 536.*

Beschreibung zweier Präparate der in der Ueberschrift genannten Abnormität, die an zwei männlichen Cadavern der Petersburger Anatomie im April 1885 beobachtet wurde. B. FRAENKEL.

43) **Vulpian** (Paris). **Ueber den Ursprung der secretorischen und der vasodilatatorischen Fasern der Chorda tympani und des Glosso-pharyngeus. (De l'origine des fibres nerveuses glandulaires et des fibres nerveuses vaso-dilatatrices qui font partie de la corde du tympan et du nerf glossopharyngien.)** *Académie des sciences. 2. November 1885.*

V.'s neuere Untersuchungen haben ergeben, dass die genannten Fasern der Chorda tympani aus der Medulla oblongata im Bereich des Facialis entspringen und dass keine derselben vom Trigeminus herrühre. — Ausser diesen secretorischen und vasodilatatorischen Fasern enthält die Chorda aber noch Fasern, die eine wichtige Rolle für die Zunge als Geschmacksorgan spielen. Alle Fasern der Chorda, deren Function bisher bekannt ist, rühren ausschliesslich vom Facialis her und sind nicht etwa durch Anastomose mit anderen Nervenzweigen geliefert. Die ganze Chorda ist demnach ein wesentlicher Bestandtheil der Facialis selbst.

Betreffs der secretorischen und vaso-dilatatorischen Fasern des Glossopharyngeus fand V., dass sie in dem Nerven schon vorhanden sind von da ab, wo er das verlängerte Mark verlässt. E. J. MOURE.

44) **M. Stumpf. Untersuchungen über die Natur des Soorpilzes.** (Vorläufige Mittheilung.) *Münchener med. Wochenschrift. 3. Nov. 1885.*

Bei Culturversuchen mit Soor wurden constant zwei Hauptarten von Pilzen gewonnen; erstens ein fädenbildender Pilz; dieser entwickelte sich auf Nährgelatine in Form von grossen, runden, dünnen gelblichweissen Pilzcolonien, welche nach allen Seiten regelmässig radiäre Fortsätze entsendeten und die Gelatine in der Umgebung langsam verflüssigten; dieser Pilz entspricht seinem Aeussern nach vollständig dem bisher als Oidium albicans beschriebenen Soorpilze. Der zweite Pilz ist ein Sprosspilz; er wächst auf Nährgelatine in dicken, gelben tropfenartigen Colonien mit scharfem Rande; Verflüssigung der Gelatine tritt auch hier ein, doch äusserst längsam; auf Kartoffeln wächst er in orangegelben dicken Culturen. Mikroskopisch besteht er aus Sporen von kreisrunder Form, hellem Hofe und ziemlich homogenen Leibern, deren Centrum sich intensiver zu färben pflegt, als die Peripherie. Ob und wiefern diese beiden Pilze zu einander in Beziehung stehen und ob sie bei ihrer Festsetzung auf der Mundschleimhaut vielleicht von einander abhängig sind, müssen weitere Untersuchungen lehren.

SCHECH.

45) **Klemperer. Ueber die Natur des Soorpilzes.** *Centralblatt für klin. Medicin No. 50. 1885.*

Der Soorpilz ist ein Sprosspilz, der die Fähigkeit besitzt, unter bestimmten Ernährungsverhältnissen Hyphen zu bilden. Die Fadenbildung ist eine Wachsthumsform des Soorsprosspilzes und nicht eine eigene Species. Der Soorsprosspilz ist pathogenetisch; durch Injection bei Kaninchen tritt in 24—48 Stunden der Tod ein. Verf. behält sich weitere Mittheilungen vor. SCHECH.

46) **A. Baginsky** (Berlin). **Ueber Soorculturen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 50. No. 50.*

Demonstrationen von Reinculturen, die B. aus Soor gezüchtet hat. Dieselben sollen ergeben, dass es sich dabei nur um eine Species — und nicht um zwei, wie Stumpf annimmt — handelt. Dieselbe bildet zwei Formen: an der Oberfläche und der Luft ausgesetzt nur Hefe, nach der Tiefe zu Mycelfäden.

B. FRAENKEL.

47) **Dauchez** (Paris). **Ueber Behandlung der Mundaffectionen beim Kinde. (Du traitement des affections de la bouche chez l'enfant)** *Thérapeut. contemp. méd. et chir. No. 32. 7. August 1885.*

Es wird in Kürze die Behandlung der Epulis, des angewachsenen Frenulums, der Zahnblutungen, der vorstehenden Zähne, der Ranula und der Zungen- und Gaumenverletzungen besprochen.

Nichts von Belang. E. J. MOURE.

48) **Paul Bénard. Psoriasis buccalis (Bazin), beobachtet und behandelt in den Mineralbädern von Saint-Christan. (Le psoriasis buccal [de Bazin] observé et traité aux eaux minérales de Saint-Christan.)** *Journal de méd. et de chir. de Bordeaux. No. 10—13. October 1885.*

Es werden 23 Beobachtungen von Psoriasis buccalis oder wie B. sie nennt,

von chronischer Stomatitis epithelialis ausführlich wiedergegeben und behauptet, dass in fast allen Fällen Heilung oder mindestens Besserung durch die Mineralwässer von St. Christan (Departement des Basses-Pyrénées) erzielt worden sei.

E. J. MOURE.

49) **Hardy** (Paris). **Ulcero-membranöse Stomatitis. (Stomatite ulcéro-membraneuse.)** *Praticien. No. 40. 5. October 1885.*

Kurzer Vortrag über obige Affection. Sie komme hauptsächlich bei Kindern und bei Soldaten vor. Hervorgerufen werde sie durch körperliche Anstrengung, Erkältung, Tabakgenuss, und insbesondere durch Ansteckung. Bergeron, der sich etwas Eiter von einem Mundgeschwür in die Lippe eingeimpft hatte, erzielte damit nur eine kleine Eruption, aber eine Person seiner Familie wurde von einer wahren ulcerösen Stomatitis ergriffen.

Chlorsaures Kali als Gurgelwasser und innerlich genommen leiste hierbei die besten Dienste.

E. J. MOURE.

50) **Miller** (Berlin). **Die Anwendbarkeit einiger Antiseptica bei der Behandlung der Krankheiten der Mundhöhle und der Zähne.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 32. 1885.*

M., dem wir die Reinculturen einiger im Munde wachsender Mikroorganismen verdanken, hat Versuche angestellt, um die Wirksamkeit einiger Antiseptica, sowohl was ihre Concentration, wie die Zeit ihrer Einwirkung anlangt, auf die Pilze der Mundhöhle festzustellen. Er giebt die Resultate seiner Untersuchungen in tabellarischer Form wieder (s. Original). Zur praktischen Anwendung schlägt er neben mechanischer Reinigung der Mundhöhle mit Bürste, Zahnstocher und Seidenfäden nach jeder Mahlzeit oder wenigstens vor dem Schlafengehen folgendes Gemisch als Mundwasser vor: Thymol 0,25, Acid. benzoic. 30, Tinct. Eucalypt. 12,0, Wasser 750,0. Er selbst gebraucht Sublimat in folgender Form: Hydrarg. bichlor. corros. 0,20, Acid. thymic. 0,40, Aq. 300,0. Sublimat hat sich nämlich auch im Munde als das beste Antisepticum bewährt, doch will es M. der möglichen Intoxication wegen nicht zum allgemeinen Gebrauch empfehlen. Im Beginn seines Aufsatzes bespricht M. die schädliche Einwirkung der Zahncaries auf die allgemeine Gesundheit und die Möglichkeit, die Zähne durch passende Pflege gesund zu erhalten.

B. FRAENKEL.

51) **v. Kaczorowski** (Posen). **Der ätiologische Zusammenhang zwischen Entzündung des Zahnfleisches und anderweitigen Krankheiten.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 33, 34, 35. 1885.*

Der Verf. hält es für angezeigt, im Anschluss an den Aufsatz Miller's (vergl. vorstehendes Referat) einen Vortrag, den er 1885 in polnischer Sprache gehalten hat, nunmehr in deutscher Sprache zu veröffentlichen. Seine Ausführungen muthen den rhinologischen Leser eigenthümlich an und mahnen zu recht reiflicher Kritik auch der in unserem speciellen Lager erscheinenden Mittheilungen. Denn ganz Aehnliches, als jetzt unter dem Titel Reflexneurosen der Nasenhöhlen veröffentlicht wird, berichtet v. K. als Folgezustände des entzündeten Zahnfleisches. Er geht dabei von den Störungen der Dentitionsperiode aus und

erinnert an die zahlreichen Mikroorganismen der Mundhöhle, die im entzündeten Zahnfleisch einen passenden Nährboden fänden und von hier aus in den Körper eindrängen. Ausser Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle will er von dem Zahnfleisch aus Krankheiten der Verdauungsorgane, namentlich Appetitmangel; Kehlkopfentzündungen mit Ulceration an den Stimmbändern, Hustenparoxysmen, Asthma, Neuralgien des Trigeminus und anderer Nerven, Geisteskrankheiten und Cachexien geheilt haben. In den Krankengeschichten wird mehrmals erwähnt, dass die Beschwerden mit Aussetzen der Behandlung des Mundes wiederkehrten, um bei wieder eingeleiteter Behandlung des Zahnfleisches von Neuem zu verschwinden. Als Hauptmittel dient ihm die Desinfection des Mundes mit Jod-Kochsalzlösung (Rp.: Natr. chlor. 1,0, Tinct. Jodi 0,5, Aq. dest. qu. s. 100,0. Kindern $^1/_4$- bis $^1/_2$stündlich $^1/_2$ bis 1 Theelöffel voll, Erwachsenen alle halben Stunden wenigstens einen halben Esslöffel voll). Bei dieser Verordnung will v. K. sogar Fiebernden die Zunge rein und den Appetit gut erhalten haben. Die in 24 Stunden verbrauchten 2 Grm. Jodtinctur verursachten keinerlei Nachtheil.

B. FRAENKEL.

52) **K. Schuchardt. Beitrag zur Entstehung der Carcinome aus chronisch entzündlichen Zuständen der Schleimhäute und der Hautdecke.** *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. No. 251. 12. August 1885.*

Die Thatsache, dass die sogen. Leukoplakia oris, auch Psoriasis, Ichthyosis oris genannt, nicht selten zu Carcinombildung auf Lippen-, Zungen- und Wangenschleimhaut Anlass giebt, wird vom Verf. durch 4 einschlägige Fälle bestätigt. 3 Kranke waren starke Raucher, einer ein mässiger; ein anderer Kranker mit Psoriasis oris, bei dem sich kein Carcinom entwickelte, war ebenfalls ein sehr starker Raucher, gleichzeitig aber auch einmal syphilitisch gewesen; Verf. meint, dass die Syphilis keinen directen Einfluss auf die Entstehung des Leidens habe und betont gegen Nedopil, dass sich bei Leukoplakia im Epithel äusserst interessante morphologische und chemische Vorgänge abspielen. Die ersteren beschränken sich auf das Auftreten der sogen. Kernfiguren und eine Art Kappenbildung in den tieferen Schichten des Epithels, die letzteren auf das Erscheinen des Eleidins in den noch nicht verhornten Epithellagen, eines Körpers, der in der normalen Mundhöhle nur äusserst spärlich vorgefunden wird. Die Epithelwucherung führt zu gesteigerter Vascularisation, Austritt von geformten und gelösten Blutbestandtheilen aus den Gefässen und zur Bildung von Producten, welche entzündlichen Veränderungen nahe stehen oder ihnen vollkommen gleichen; ebenso können aber auch entzündliche Vorgänge im Bindegewebe secundär das Epithel zur Wucherung anregen. Alle chronischen Entzündungen, mögen sie nun auf der Schleimhaut oder der äusseren Haut sich abspielen, geben unzweifelhaft häufig zur Entstehung des Krebses Anlass.

SCHECH.

53) **Théodore Rémignon. Ueber die angeborene Ranula, entstanden durch Ausdehnung des verschlossenen Ductus Whartonianus. (De la grénouillette congénitale par dilatation du canal de Wharton imperforé.)** *Thèse. Paris. 15. Juli 1885.* Ollier-Henry.

Zwei auf der Abtheilung Lannelongue's beobachtete Fälle von angebore-

ner Ranula sind der Ausgangspunkt einer kurzen Beschreibung dieser Affection. Es werden noch 4 Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Die Behandlung in den ersten zwei Fällen bestand in der Ausschneidung des Cystenbalges.

E. J. MOURE.

54) **E. M.** (Bordeaux). **Ranula der Bursa mucosa Fleischmanni. (Grenouillette de la bourse muqueuse de Fleischmann.)** *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. No. 31. 2. August 1885.*

Der Kranke hatte zu beiden Seiten des Frenulum linguae je 3 kleine Cysten, die sich bei der Incision als von einander getrennt erwiesen. — Sie enthielten eine gelbliche, dem Eiweiss ähnelnde Flüssigkeit. Der Grund einer jeden Cyste wurde mit Alkohol geätzt. Der Autor glaubt es mit Cysten des Fleischmann-schen Schleimbeutels zu thun gehabt zu haben, der sich zu beiden Seiten des Genioglossus unter der Schleimhaut befindet.

E. J. MOURE.

55) **Ader** (Ballée). **Stein der Speicheldrüse. (Calcul de la glande salivaire.)** *Courrier méd. No. 51. 19. Déc. 1885.*

A. beschreibt die Geschichte eines an sich selbst beobachteten Steines der Unterzungendrüse, den er sich durch fortwährendes Drücken entfernte. Im Verlaufe weniger Monate hatte er die unteren Schneidezähne verloren, was er der veränderten Beschaffenheit des Speichels zuschreibt.

E. J. MOURE.

56) **Padieu. Beobachtung von grossem Speichelsteine des Wharton'schen Ganges. (Observation de calcul salivaire volumineux du canal de Wharton.)** *Société méd. d'Amiens. 3. Juni. — Gazette méd. de Picardie. No. 6. 6. Juni 1885.*

Der Fall betraf einen Mann von 60 Jahren, der schon seit 25 Jahren an Speichelstein litt. Erst die in letzter Zeit aufgetretenen Schmerzen während des Kauens veranlassten ihn, ärztliche Hilfe aufzusuchen. Der Stein formte auf der rechten Seite des Mundbodens einen umfangreichen harten Tumor.

Der entfernte Stein, der ziemlich hart ist, mass in seinem grössten Durchmesser 31 Mm., in seinem kleinsten Durchmesser 20 Mm. — Fünf Tage nach gemachter Exstirpation war vollständige Heilung eingetreten.

E. J. MOURE.

57) **Demons** (Bordeaux). **Speichelstein. (Calcul salivaire.)** *Société d'Anatomie et de pathologie de Bordeaux. 7. Juli 1885. — Journal de méd. et de chirurgie de Bordeaux. No. 6. 6. Sept. 1885.*

D. zeigt einen Speichelstein vor von der Grösse einer Olive. Interessant ist hierbei, dass der Kranke erst 3 Wochen vor der Operation etwas von der Gegenwart des Steines merkte. Bei der Operation wurde der Wharton'sche Canal leicht erweitert.

E. J. MOURE.

58) **Billroth** (Wien). **Ueber die Operation eines Palatum fissum.** *Wiener med. Zeitung. No. 50. 1885.*

B. macht zunächst aufmerksam, dass selbst eine gelungene Operation den Sprachfehler nicht völlig beseitigt, ja dass es Fälle giebt, wo von Geburt an ein Theil des Knochens und der Muskeln des Gaumens fehlt, die Schleimhaut aber wohlgebildet ist und trotzdem derselbe Sprachfehler wie bei Palatum fissum auftritt. Bei der Operation kann man den Defect eben auch nicht besser schliessen

und daher der geringe Erfolg. Jedenfalls soll man aber die Operation nicht vor dem 15. Lebensjahre machen, weil Kinder zu unruhig sind und nach der Operation das Schreien etc. nicht lassen können. Bis zu diesem Alter soll man den fast immer vorhandenen Catarrh des Rachens und Mittelohres behandeln.

CHIARI.

59) **Lebeau** (Liège). **Gaumennaht. (Staphyloraphie.)** Hôpital des Anglais. *Annales de la Société Médico-Chirurg. de Liège. Juillet 1885.*

Abweichend von der gewöhnlichen Operation ist, dass zur Ausführung zweier schräger Schnitte, 1 Ctm. seitlich vom vorderen Spaltenrand, nicht das Messer, sondern der Thermocauter verwandt wurde. Die Weichtheile wurden sodann mit dem Raspatorium abgehoben, worauf das Gaumensegel sich herunterziehen und vereinigen liess. Heilung gut gelungen.

BAYER.

60) **John S. Morgan** (London). **Operative Massnahmen in Fällen von Gaumenspalte und deren Wirkung auf die Sprache. (On the operative procedures in cases of cleft palate and their effects upon the voice.)** *The Archives of pediatrics. 15. August 1885.*

Ohne den Werth der Operation zu untersuchen, glaubt Verf. doch, dass man guten Grund zu der Ansicht habe, dass eine jede, auf chirurgischem Wege geschaffene Vereinigung den künstlichen Apparaten vorzuziehen sei. Vollkommene Resultate rücksichtlich der Sprache kann man niemals erwarten; es sei denn, man könnte das Velum so gestalten, dass es sich von selbst gegen die hintere Pharynxwand bei Articulationsversuchen legt. Denn das ist ganz besonders zur Erzeugung der explosiven Consonanten nothwendig.

LEFFERTS.

61) **Gotthelf. Die Hasenscharten der Heidelberger Klinik von 1877—1883.** *Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 32. Heft 2 u. 3. 1885.*

Die Arbeit zerfällt in mehrere Capitel. Die Statistik erstreckt sich auf 56 Fälle von Hasenscharten und Gaumenspalten; die linksseitigen sind häufiger, ebenso ist das männliche Geschlecht stärker betroffen. Der Heredität ist kein grosses Gewicht in der Aetiologie beizumessen. Das zweite Capitel handelt über embryologische Streitigkeiten, besonders über die Theorien von Kölliker und Albrecht über die Entstehung des Zwischenkiefers etc.; das 3. Capitel befasst sich mit der Frage der Mortalität; unmittelbar, d. h. in Folge der Operation starb kein Kind; später aber starben 50 pCt., eine Sterblichkeitsziffer, welche jene der gewöhnlichen Kindermortalität bei weitem übertrifft. Der schädliche Einfluss der Missbildung macht sich geltend durch schwierige und daher mangelhafte Ernährung der Kinder, ferner durch Disposition zu Erkrankungen der Respirations- und Digestionsorgane und endlich durch angeborene Schwäche. Verf kommt zu dem Schlusse, dass die Sterblichkeit von der Operation und von dem Zeitpunkt derselben abhängig ist. Am deutlichsten ist die schädliche Wirkung der Operation in den ersten 3 Lebensmonaten, weniger intensiv nachher; die Operation muss also in den ersten drei Monaten als ein schädlicher Eingriff betrachtet und demgemäss auf eine spätere Zeit verschoben werden. Die Hasenschartenoperation nach dem 3. Monate hat bei kräftigen, gesunden, nicht erblich belasteten Kindern eine gute Lebensprognose, doch scheint sich die

Prognose während der Zahnungsperiode wieder zu verschlechtern. Dieselben Factoren, Alter und Gesundheitszustand, sind auch auf die unmittelbaren Heilungsresultate von Einfluss. Die frühoperirten, sowie die schwächlichen und kränklichen Kinder haben auch eine schlechte Prognose quoad sanationem. Die Hasenschartenoperation in den ersten 3 Lebensmonaten ist zu verwerfen; schwächliche und kränkliche Kinder sollen überhaupt nicht im ersten Lebensjahre operirt werden, die kräftigen und gesunden im 3.—6. Monat. Die Operation nach Vollendung des ersten Lebensjahres giebt in jeder Beziehung eine günstige Prognose, sie verspricht ein eben so schönes cosmetisches Resultat, wie die Frühoperation.

Am Schlusse der Arbeit werden die Resultate der Heidelberger Operationen mit den Breslauern verglichen; letztere hat Erich Herrmann (Beitrag zur Statistik der Hasenscharten, Breslau 1884) in einer Dissertation näher besprochen.

SCHECH.

62) **Deschamps** (Liège). **Uranoplastik. (Uranoplastie.)** Hôpital des Anglais. *Annales de la Société Médico-Chirurg. de Liège. Juillet 1885.*

Operation eines nach Syphilis zurückgeblieben Gaumendefectes bei einem 8jährigen Jungen, wie im Lebeau'schen Fall (vergl. Referat 59 dieser Nummer) mit Anwendung des Thermocauters. Eine zurückgebliebene kleine Fistel wird hinterdrein mit dem Thermocauter zum Verschluss gebracht.

BAYER.

63) **P. M'Bride** (Edinburgh). **Klinische Beobachtungen über Ohr- und Halssyphilis. (Clinical observations on syphilis of the ear and throat.)** *Glasgow Medical Journal. September 1885.*

Der erste Theil des Artikels beschäftigt sich, wie sein Name schon besagt, mit otologischen Dingen und bedarf hier keiner Besprechung. Im zweiten Theil werden des Autors Erfahrungen über Halssyphilis mitgetheilt. Die hier berührten Gegenstände, welche die Leser des Centralblatts am meisten interessiren dürften, sind folgende:

1. Ein Fall von einem specifischen periostalen Gumma der vorderen Fläche der Halswirbel, welches einen Tumor im Pharynx bildete und eine strumöse Erkrankung der Wirbel vortäuschte.

2. Das gelegentliche Vorkommen eines tertiären syphilitischen Catarrhs, welcher durch Jodkalibehandlung günstig beeinflusst wird.

3. Schmerzhafte Schluckbeschwerden in Folge von tertiärer Ulceration im Nasenrachenraum.

4. Eine kurze Notiz über einen Fall einer Membran zwischen den vorderen Theilen der freien Ränder der Stimmbänder, welche nicht specifischen, sondern wahrscheinlich congenitalen Ursprungs ist.

AUTOREFERAT.

64) **Haslund** (Kopenhagen). **Syphilis durch Infection des Schlundes entstanden. (Syfilis opstaaet ved Infektion gjennem Svielget.)** *Hospitals-Tidende. 8. Juli 1885.*

Nachdem Verf. zuerst die Literatur der vorliegenden Frage mitgetheilt hat, spricht er die Meinung aus, dass der Schanker des Schlundes sehr selten das Resultat eines peno-buccalen Coitus ist, und glaubt, dass das Virus am häufigsten durch Küsse oder den Gebrauch von Tabakspfeifen, Gabeln, Zahnbürsten etc., die bald von gesunden, bald von kranken Individuen gebraucht werden, die Tonsillen

und den Schlund erreicht. Der Schlundschanker ist mit folgenden Leiden verwechselt worden: 1. Secundären syphilitischen Affectionen des Pharynx, 2. weichem Schanker, 3. ulcerirendem Gumma, 4. Epitheliom, 5. Diphtheritis faucium, 6. tuberculösen Affectionen der Tonsillen.

Verf. theilt 4 hierher gehörige Fälle mit. Erster Fall. Ein 20jähriges Mädchen wurde durch eine Zahnbürste einer syphilitischen Frau inficirt, und bekam eine Induration am vorderen linken Gaumenbogen. Zweiter Fall. Durch Küsse eines Mädchens wurde Syphilis von einem 25jährigen Arbeiter acquirirt, und eine primäre ulcerirende Induration der rechten Tonsille war das erste Symptom des Leidens. Dritter Fall. Ein verheiratheter Mann wurde durch Küsse seines Dienstmädchens syphilitisch inficirt. Vierter Fall. Bei der Patientin, einer 41jährigen Frau, konnte zwar die Syphilis und die Induration des linken Gaumenbogens constatirt werden; anamnestisch aber wurde nur gefunden, dass sie ein krankes Kind in Pflege gehabt und dass dieses Kind wahrscheinlich an congenitaler Syphilis gelitten hatte. SCHMIEGELOW.

65) **F. T. Paul** (Liverpool). **Syphilitische Pharynxstenose. (Syphilitic stenosis of pharynx.)** *Liverpool Medico-Chirurgical Journal. July 1885.*

Es handelt sich um ein 21jähriges Mädchen, das an hochgradiger specifischer Stenose des Pharynx leidet. Ob die Krankheit acquirirt oder congenital ist, lässt sich nicht definitiv ermitteln. Der Verf. neigt sich mehr letzterer Ansicht zu. Der weiche Gaumen ist ganz zerstört, der harte Gaumen mit der Zungenwurzel durch festes Narbengewebe verbunden, das nur rechts eine Oeffnung zeigt, welche einen Katheter No. 12 durchlässt. Die weitere Passage aber ist so gewunden, dass der Katheter nicht in den Oesophagus hinabgelangt. Wegen hochgradiger Dyspnoë musste vor 3 Jahren die Tracheotomie ausgeführt werden. Die Patientin trägt noch jetzt die Canüle. Da sich neuerdings die stets vorhandenen Schlingbeschwerden gesteigert haben, so soll von neuem der Versuch gemacht werden, das Narbengewebe zu spalten, und die neu erzielte Oeffnung dauernd zu erhalten. Eine schon früher zu diesem Zwecke unternommene Operation hatte keinen dauernden Erfolg. SEMON.

66) **Louis Fischer** (Hannover). **Syphilitische Necrose des Atlas. Heilung.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXII. Heft 3. Juli 1885.*

Das Leiden begann mit Schluckbeschwerden, Hüsteln und Sprachstörung; alsbald wurde das Genossene durch die Nase herausgeschleudert, auch stellte sich unter Schweissen, Abmagerung und Kräfteverfall hochgradige Nackensteifigkeit mit Bretthärte der Muskeln und Schwellung der Lymphdrüsen ein. Lungen gesund, hintere Rachenwand in eine grosse, bis zum Rachendach reichende Geschwürsfläche umgewandelt, weicher Gaumen ödematös, starr und unbeweglich, ohne Ulceration; mit der Sonde fühlt man einen rauhen, blossliegenden Knochen. Nach Spontanelimination des vorderen Bogens des Atlas beträchtliche Besserung und schliessliche Heilung unter Schmierkur, Jodkali und localer Behandlung. Auffallend ist in diesem Falle das ungewöhnlich frühzeitige Auftreten (einige Monate) einer so schweren Affection nach der Primärinfection. SCHECH.

67) **N. Maslowski** (Charkow). **Abscessus retropharyngealis acutus.** *Russ. Med. No. 36. 1885.*

Ein gesunder, 35jähriger Mann erkrankte plötzlich mit Fieber und Schmerzen beim Schlucken, nachdem er kurz vorher einen Erysipelaskranken besucht hatte. M. sah Pat. am 5. Tage und fand objectiv Fieber, starke nervöse Aufregung und catarrhalische Röthung des Pharynx und Larynx; subjectiv klagte Pat. über heftige Schmerzen beim Schlucken. Am folgenden Morgen fand M. den Pat. cyanotisch, mit kleinem frequentem Puls, erhöhter Athemfrequenz und Nasenflügelathmen. Während der Respiration hörte man im Kehlkopf ein „Geräusch“. M. proponirte die Tracheotomie, doch während der Vorbereitung zu derselben verliess Pat. das Bett, taumelte einige Schritte und brach besinnungslos zusammen. Die sofort ausgeführte Tracheotomie und künstliche Respiration blieben erfolglos. Die Section ergab starke eiterige Infiltration des Bindegewebes zwischen Larynx, oberem Theil der Trachea, Oesophagus und Wirbelsäule. Eine einigermaassen grössere Eiteransammlung wurde nicht gefunden. Da jeder Druck auf die Trachea und auch jede andere Todesursache ausgeschlossen werden konnte, so glaubt Verf., Pat. sei an Herzparalyse zu Grunde gegangen. Die eiterige Infiltration könnte infectiösen Ursprungs sein und mit dem Besuch des Erysipelkranken in Zusammenhang gebracht werden. (Allem Anschein nach handelte es sich um ächtes Erysipel des Kehlkopfs. Zur Annahme eines Retropharyngealabscesses liegt nach der eigenen Schilderung des Verf. kein Grund vor. Red.) LUNIN.

68) **Descroizilles** (Paris). **Masern, complicirt mit Bronchopneumonie, tödtlich endend. Retropharyngealabscess während des Lebens verkannt und erst entdeckt bei der Obduction. (Rougeole compliquée de broncho-pneumonie et suivie de mort. Abcès rétro-pharyngien méconnu pendant la vie et découvert à l'autopsie.)** *France méd. No. 130. 5. November 1885.*

Der Titel giebt die Geschichte des Falles. E. J. MOURE.

69) **T. A. de Blois** (Boston). **Zwei Fälle von Retropharyngealabscess. (Two cases of retropharyngeal abscess.)** *Journal of the Americ. Med. Association. 18. Juli 1885.*

Die beiden Fälle waren idiopathischer Natur und betrafen Kinder von drei, resp. 7 Monaten. Die Depression, welche der Entleerung durch den Schnitt folgte, war sehr bedeutend, und Verf. erörtert die Frage, ob nicht die Aspiration sicherer wäre. Er gebrauchte die Vorsicht, im Moment der Operation den Kopf abwärts zu halten. LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

70) **Joseph O'Dwyer. Zwei Croupfälle, behandelt mit Catheterismus der Glottis. (Two cases of croup treated by tubage of the glottis.)** *New-York Med. Journ. 28. Nov. 1885.*

Des Autors Experimente und Empfehlungen des Catheterismus der Glottis sind wohl bekannt. In dem gegenwärtigen Artikel fügt er seiner Liste zwei Fälle hinzu, von denen der eine glücklich, der andere unglücklich ablief. Der erste Fall betraf ein Kind von $3\frac{1}{4}$ Jahren. Die in diesem Falle angewandte Röhre hatte eine Länge von ca. 6 Ctm. und ein viel kleineres Caliber, als die gewöhn-

liche Trachealcanüle. Die Reconvalescenz ging ungehindert von Statten. In dem zweiten Falle war das Kind 16 Monate alt. Es war von vornherein keine Hoffnung vorhanden, da bereits eine Allgemeininfection eingetreten war. Es wurde nur catheterisirt, um die heftigen Schmerzen zu lindern. Der Tod trat, ohne viel sichtbare Schmerzen, 24 Stunden nach Einführung des Catheters ein.

LEFFERTS.

71) F. E Waxham. **Catheterismus des Larynx nebst Geschichte einiger Fälle. (Intubation of the larynx with histories of cases.)** *Chicago Med. Journal and Examiner. Nov. 1885.*

Der Autor berichtet über fünf Fälle von Croup, welche er durch Catheterismus des Larynx nach der Methode von O'Dwyer (vide vorstehendes Referat) behandelt hat. Hiervon genas nur einer. Nichtsdestoweniger prophezeit der Verf., dass in Bälde die Tracheotomie in ausgedehntem Maasse durch diese einfache, heilsame und blutlose Operation (sic) verdrängt werden wird. LEFFERTS.

72) Blumberg (Baku). **Ueber die chirurgische Behandlung der Synanche contagiosa.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 22. 1885.*

Verf. kommt nach langen Erörterungen über die Berechtigung der Tracheotomie bei Larynxdiphtherie auf Grund einer einzigen Beobachtung zu dem überraschenden Schlusse, dass durch die Tracheotomie in der That die Erstickungsgefahr beseitigt werden könne! Als mildernder Umstand für den Verf. mag einigermassen sein Aufenthalt weit hinter der Türkei gelten. SCHECH.

73) Samuel Kohn. **Einige Bemerkungen über die Tracheotomie bei Croup und deren Nachbehandlung. (Some observations on the operation of tracheotomy in croup and its after-treatment.)** *New-York Medical Record. 12. Dec. 1885.*

Es ist eigenthümlich, dass, nachdem so viel zu Gunsten der Tracheotomie bei Croup der Kinder gesprochen und geschrieben worden ist, es immer noch eine Anzahl sehr erfahrener Aerzte giebt, welche deren Wohlthat leugnen. Verf. ist bestrebt, einige der Gründe dieses Skepticismus zu erforschen, einige der Gefahren zu schildern, welche nach seiner Erfahrung den unglücklichen kleinen Patienten nach der Operation bedrohen und die Wege anzugeben, welche er zur Vermeidung derselben eingeschlagen hat. LEFFERTS.

74) E. E. Montgomery. **Tracheotomie bei Croup und Diphtherie. (Tracheotomy in croup and diphtheria.)** *Archiv of Pediatrics. Oct. 1885.*

Der Verf. beabsichtigt in seinem Artikel nicht sowohl diese Operation zu vertheidigen, als vielmehr die frühzeitige Vornahme derselben zu empfehlen.

Sowohl die Indicationen, wie die Ausführung der Operation und die Nachbehandlung werden ausführlich besprochen. Zum Schluss theilt er einige Fälle mit, in denen operirt worden war. Geheilt wurden von der Gesammtzahl der Fälle 29,3 pCt., während bei den 7 Fällen, wo frühzeitig operirt wurde, 71,4 pCt. genasen. LEFFERTS.

75) J. Stuart Nairne. **Bericht über die chirurgische Privatpraxis eines Jahres. (Epitome of a year's private surgical practice.)** *Edinburgh Med. Journ. Nov. 1885.*

Der Autor bespricht unter Anderem die Materie der Tracheotomie und zwar

besonders die Tracheotomie bei Diphtherie. Er meint, dass ein unglücklicher Ausgang oft dadurch herbeigeführt werde, dass das Lumen der Canüle durch Secrete verengt werde, welche mit Federn oder anderen weichen Substanzen nicht ausgewischt werden können. Er hat daher eine Canüle erfunden, welche behufs der Reinigung in zwei symmetrische Hälften zerlegt werden kann. — Ein Holzschnitt stellt das Instrument dar. M'BRIDE.

76) **R. de la Sota y Lastra** (Sevilla). **Tracheotomie bei Croupasphyxie. (Tracheotomie nel periodo asfittico del croup col processo Saint-Germain. Guarigione.)** *Archivii italiani di laringologia. Fasc. I. 1885.*

Tracheotomie bei einem 5jährigen Kinde im letzten Stadium mit Erfolg ausgeführt. Verf. giebt in solchen Fällen dem Verfahren von Saint-Germain wegen seiner Raschheit den Vorzug, bemerkt jedoch, dass es nicht immer so leicht ist, die richtige Stelle zu finden, dass ferner die Dicke der die Membrana cricothyreoidea bedeckenden Weichtheile mehr als 11 Millimeter beträgt, so dass man alsdann mit einer Klinge, die — nach Saint-Germain — $1^1/_4$ Ctm. lang ist, mehrmals in die Canüle eingehen muss. KURZ.

77) **A. H. Pratt. Ein Fall von Tracheotomie bei diphtheritischem Croup. (A case of tracheotomy in diphtheritic croup.)** *Pacific Med. and Surg. Journal. Juli 1885.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

78) **Hoel. Toxischer Croup; Tracheotomie; Diphtherie der Wunde; Perforation der Speiseröhre. (Croup toxique; trachéotomie; diphtérie de la plaie; perforation de l'oesophage.)** *Société méd. de Reims. 6. Mai 1885. — Union méd. du Nord-Est. No. 7. 15. Juli 1885.*

Der Fall betraf ein $4^1/_2$jähriges Kind. Am 3. Tage nach gemachter Tracheotomie zeigte sich Diphtherie der Trachealwunde. Am 7. Tage wurde ein Theil der genossenen Flüssigkeit durch die Canüle ausgeworfen. Beim Auseinanderziehen der trachealen Wundränder bemerkte man an der hinteren Trachealwand eine Oeffnung mit unregelmässigen Rändern, mit grauen Massen bedeckt, die die Communication zwischen Oesophagus und Trachea darstellte. Obduction scheint nicht gemacht worden zu sein. — H. glaubt, dass es sich um ein diphtheritisches Geschwür der hinteren Trachealwand gehandelt habe. E. J. MOURE.

79) **F. Massei** (Neapel). **Croup. Tracheotomie. Tod. (Croup. Tracheotomia. Morto.)** *Estratto dell' Archivio di Patologia infantile. Fasc. V. 1885.*

Bei einem zweijährigen Kinde führte M. wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie nach Saint-Germain aus. Durch 41 Stunden vollständiges Wohlbefinden, dann verstopfte sich die Canüle und es drohte von neuem Erstickung. Nach Entfernung von Pseudomembranen vorübergehende Besserung. Allmälig wurde die Athmung schwächer, die Pseudomembranen breiteten sich aus, und 51 Stunden nach der Operation erlag das Kind. M. betont, dass die Tracheotomie in Italien seltener ausgeführt wird, als dies der Fall sein sollte, grösstentheils wegen Widerstandes von Seiten der Eltern. KURZ.

80) **W. Fleiner** (Heidelberg). **Ueber Stenosen der Trachea nach Tracheotomie bei Croup und Diphtheritis.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 42—50. 1885.*

Fl. benutzt sechs Fälle von Stenose der Trachea, die auf der Heidelberger chirurgischen Klinik (Prof. Czerny), deren Assistent er ist, zum Theil von ihm selber beobachtet sind, um unter Vergleich der in der Literatur niedergelegten 65 entsprechenden Beobachtungen eine etwas langathmige Arbeit über diese Affection zu publiciren, die zu den Hindernissen gehört, welche in den geheilten Tracheotomiefällen noch das schliessliche Entfernen der Canüle verbieten. Dadurch, dass seine Ausführungen nicht in einem Archiv uno tenore, sondern refracta dosi in einer Wochenschrift gedruckt sind, und sich nun von No. 42 bis in No. 50, also vom 15. October bis 10. December hinziehen, erscheinen sie noch langathmiger, als sie ohne dies sind. Es verringert dieser äussere Umstand das Interesse, welches die fleissige Arbeit sonst beanspruchen kann.

Die Stenosen lassen sich, wie Fl. seine eigenen Ausführungen zusammenfassend (S. 752) angiebt, auf folgende Umstände zurückführen: 1. Granulirende Wundflächen werden hervorgerufen durch den diphtheritischen Process selbst, durch die Tracheotomie und durch Verletzungen der Schleimhaut, durch unpassende und schlecht construirte Canülen (Decubitus). Wuchern die Granulationen so, dass sie in's Bereich des Inspirationsstromes gelangen, so entstehen Granulationsstenosen, welche je nach dem Sitze und dem Verhalten zur Canüle verschiedene Form und Wirkung haben können. Vernarben die Geschwüre und kommt es zu narbiger Retraction, so entstehen unter Umständen die narbigen Stenosen oder die Stricturen. 2. Schwellungen, Auflockerungen und Faltenbildungen der Schleimhaut sind bedingt durch acute oder chronische catarrhalische Zustände, welche häufig im Anschluss an Diphtheritis sich entwickeln. Durch mehr mechanische Einflüsse, auch oft wiederholte venöse Hyperämie und ödematöse Durchtränkung bei dyspnoischen Anfällen kann die Schleimhaut von ihrer Unterlage, wie dies ein Leichenbefund ergab, namentlich im Bereich des Ringknorpels förmlich abgehoben werden. 3. Der elastische Widerstand der Knorpelringe wird vermindert oder aufgehoben durch pathologische Erweichung oder durch allzu ausgiebige Durchtrennung von Knorpelringen bei der Tracheotomie. Die Folgen der Verminderung des elastischen Widerstandes ist Einsinken der vorderen Trachealwand bei dyspnoischer Inspiration oder dauernde Annäherung gegenüberliegender Theile der Luftröhrenwandung. Sind die genäherten Wandungen zugleich granulirende Wandflächen, so kann völliger Verschluss der Trachea durch Verwachsung resultiren. 4. Falsche Stellung der durchtrennten Knorpelringe entsteht hauptsächlich bei Einführung allzugrosser Canülen in einen kleinen Trachealschnitt. Verschiedene der genannten, zu Stenose führenden Zustände können gleichzeitig neben einander angetroffen werden.

Was den anatomischen Befund anlangt, so erscheinen die Granulationen ebenso, wie im Leben Erstickungsanfälle ihre Grösse vermehren, nach dem Tode oft erheblich kleiner, als sie intra vitam waren, weil sie, was auch für ihre Gestalt von Wichtigkeit ist, vom Inspirationszuge angesaugt werden. Sie sitzen entweder der Trachealwunde auf, oder da, wo der untere Canülenrand, oder wo das Fenster der Canüle der Trachea angelegen hat. Sie ähneln in allem

den Granulationen, die auf gut heilenden Wunden sitzen, sind solitär oder multipel und von sehr verschiedener Grösse. Am oberen Wundrande können sie gegen die Canüle angesaugt werden und eine förmliche Granulationsklappe bilden. Auch können sie bei der Exspiration gegen die Stimmbänder anschlagen und zwischen diese eingeklemmt werden. Wachsen sie von zwei Seiten gegen einander, so kann ein vollständiger Verschluss der Trachea angebahnt werden. Es geschieht dies gewöhnlich in der Höhe des Ringknorpels, einmal jedoch wurde dies in der Glottisebene beobachtet (Wegner). Weber beobachtete bei angeborenem Mangel der Lamina perpendicularis des Ringknorpels nach der Tracheotomie ein Zusammenklappen des Kehlkopfs, dessen granulirende Wandungen verwachsen. Durch Schrumpfung an der Basis der Giesskannen sah Blanchez eine Erweiterungsinsufficienz der Glottis entstehen. Michael beobachtete Narbenbildung. Solche, gleichgültig, ob sie in der Schleimhaut, oder extratracheal liegen, oder nach Verlust von Knorpeln sich bilden, können Retractionsstricturen erzeugen. Verbiegungen von Knorpeln sind beobachtet; Lefferts beschreibt den laryngoscopischen Befund nach der Heilung einer solchen Stenose.

Was die Symptome anlangt, so beschreibt Fl. ausführlich die asphyktischen Anfälle, die bei Entfernung der Canüle auftreten und den Einfluss psychischer Affecte auf die Erzeugung dieser Anfälle. Unter den verschiedenen Ursachen der Stenosen sind die Granulationen die heimtückischsten. Dadurch, dass sie flottiren, üben sie einen Reiz auf die Glottis oder die Trachealwand aus und können so namentlich bei Rückenlage plötzlich auftretende Erstickungsanfälle bedingen. Erfolgen diese bald nach Herausnahme der Canüle, so bekommen die Kinder zuweilen eine solche Angst vor einer Entfernung der Canüle, dass es in Folge dieses psychischen Moments auch nach Heilung der Stenose erst durch Erziehung oder allerhand Listen möglich wird, die Canüle herauszunehmen. Was die Diagnose des Sitzes der Stenose anlangt, so deutet diesen zuweilen der Umstand an, dass das Stenosengeräusch an einer bestimmten Stelle am lautesten zu hören ist, oder ein Einsinken der Weichtheile, oder eine Knickung gesehen werden kann. Ob der Kehlkopf oder die Trachea der Sitz der Stenose ist, zu entscheiden, dafür können folgende Zeichen verwerthet werden: 1. die Bewegung des Kehlkopfs bei der Inspiration, die bei Trachealstenose fehlen soll; 2. die Stimme, die bei Trachealstenose gar nicht oder erst spät verändert wird; 3. das Zuhalten einer gefensterten Canüle. Bei letzterem soll, wenn Granulationen am unteren Rande der Canüle sitzen, eine Ausnahme von der Regel eintreten, dass Athemnoth, die beim Zuhalten der Canüle eintritt, auf ein oberhalb gelegenes Hinderniss deutet, indem die Granulationen das Lumen der Canüle verengern und der neben der Canüle bleibende Raum für die Passage der Luft nicht genügt. Den sichersten Aufschluss giebt die Laryngoscopie, wenn sie möglich ist, und die Tracheoscopie. Letztere soll am hängenden Kopf geschehen.

Behandlung. Es empfiehlt sich nicht mehr, die Canüle einfach liegen zu lassen und auf Spontanheilung, insbesondere der Granulationen zu hoffen. Granulationen sind zu entfernen auf chirurgischem Wege, durch vorsichtige Anwendung von Aetzmitteln oder mit dem Cauterium, für dessen gute Wirkung eine eclatante eigene Beobachtung angeführt wird. Die bekannten Verfahren zur Dila-

tation, resp. blutige Erweiterung der Stricturen bespricht Fl. in ausführlicher Weise. Er beschreibt einen Fall von Stenose der Trachea nach oberer Tracheotomie aus unbekannt gebliebener Ursache, der heilte, nachdem die untere Tracheotomie an Stelle der oberen ausgeführt war. Pat. trug im Ganzen $6^1/_2$ Jahre lang die Canüle, und zwar die der unteren Tracheotomie $4^3/_4$ Jahre. Fl. hat ein dreitheiliges Instrument zur Dilatation angegeben, welches er abbildet und hinsichtlich dessen auf das Original verwiesen wird. Fl. scheint demselben aber selbst keine Vorzüge vor dem entsprechenden Passavant'schen zu vindiciren. Schliesslich zieht derselbe aus seinen Ausführungen für die Tracheotomie den Schluss, dass 1. der Ringknorpel möglichst nicht durchschnitten werden dürfe; 2. dass die Canüle einen sanft gewölbten (120°) Bogen haben müsse und 3) dass sie der Weite der Trachea entsprechen müsse. Zu diesem Zwecke sei die Trachea nach Passavant folgendermassen zu messen: An einem Schielhäkchen werde die Entfernung der hinteren und darauf der vorderen Wand der Trachea von der äusseren Haut markirt. Die Differenz der Marken ergiebt die Weite der Trachea. B. FRAENKEL.

81) **M. Neukomm** (Zürich). **Ueber spätere Folgezustände nach der Tracheotomie bei Kehlkopfdiphtheritis im Kindesalter.** Bern. Dissertat. Zürich 1885. Furrer und Zürcher.

Vom 1. April 1881 bis 1. April 1884 waren in der Züricher chirurg. Klinik 203 Kinder wegen Kehlkopfdiphtheritis tracheotomirt und 81 = 40 pCt. geheilt entlassen worden. Im Winter 1884/85 suchte Verf. diese 81 Kinder im ganzen Kanton Zürich herum auf und fand noch 79 am Leben. 58 derselben boten bei der genauen allgemeinen und laryngoscopischen Untersuchung vollkommen normale Verhältnisse dar. Die übrigen 21 zeigten verschiedenartige Störungen im Athmungsapparate. 8 dieser Fälle liessen sich mit grosser Bestimmtheit direct auf die vorausgegangene Operation zurückführen; so z. B. eine Verlöthung zwischen Schild- und Ringknorpel, mehrere Fälle von grosser Reizbarkeit der Narbe zu Husten und Dyspnoe, eine Stimmstörung in Folge mangelhafter Function der Mm. cricothyreoidei. Die 13 anderen pathologischen Befunde waren theils gewiss, theils sehr wahrscheinlich ganz unabhängig von der Tracheotomie entstanden, durch Kröpfe, Lungenkatarrhe und Laryngitiden auf scrophulöser Basis. Von den 2 tracheotomirten und aus dem Spital als geheilt entlassenen Kindern, welche Verf. nicht mehr am Leben fand, war das eine an einem wohlconstatirten Recidiv von Diphtheritis 5 Monate nach der ersten Krankheit einfach erstickt, weil die Eltern die Operation zum zweiten Male nicht mehr gestatteten. N. theilt bei diesem Anlasse noch 3 andere Fälle von ärztlich sicher nachgewiesenem Recidiv von diphtheritischem Croup mit.

Das zweite der beiden verstorbenen Kinder war einige Tage nach seiner Entlassung aus dem Spital plötzlich erstickt und zwar, wie Verf. mit grosser Wahrscheinlichkeit deducirt, an einer Granulationsgeschwulst des Kehlkopfes.

Das Ergebniss dieser gewiss recht mühsamen und verdienstlichen Untersuchungen: dass von den 81 tracheotomirt entlassenen Croup-Kindern in der Folgezeit nur ein einziges aus Ursache der Operation starb, und nur $^1/_{10}$ sicher von der Operation herzuleitende und zwar ungefährliche Störungen im Halse zeigte,

während mehr als $^2/_3$ ganz normale Verhältnisse darboten, kann man mit Verf. nur als ein recht günstiges erklären, welches die Vorurtheile gegen diese Operation und ihre Folgen bei Croup zu zerstreuen sehr geeignet ist. JONQUIÈRE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **Froriep** (Tübingen). **Ueber Anlagen von Sinnesorganen am Facialis, Glossopharyngeus und Vagus, über die genetische Stellung des Vagus zum Hypoglossus und über die Herkunft der Zungenmusculatur.** *Archiv für Anatomie u. Physiologie. I. u. II. 1885.*

Bei jungen Säugethierembryonen treten die Ganglien des Facialis, Glossopharyngeus und Vagus in innige Berührung mit der Epidermis. Diese Berührung wird dadurch herbeigeführt, dass einerseits die Epidermis sich verdickt und grubenförmig einsenkt, andererseits das der Körperoberfläche genäherte Ganglion sich der Einsenkung gegenüber vorwölbt. Obgleich die betr. Nerven nicht in diesen Epidermisverbindungen enden, so müssen diese Verbindungen doch als Anlagen von Sinnesorganen gedeutet werden, welche nicht mehr zur Entwicklung gelangen. Ueber die specifische Natur dieser Sinnesorgane kann nichts Bestimmtes gesagt werden; ihre Lage ist der dorsale Rand der Kiemenspalten, weshalb sie auch kurzweg als Organe der Kiemenspalten bezeichnet werden können. Bei Rindsembryonen bestehen sie wahrscheinlich nur in der Zeit, in welcher der Embryo 6—12 Mm. lang ist, später bilden sie sich zurück und sind bei 16 Mm. Körperlänge nur noch in Spuren vorhanden.

Der Vagus entsteht durch Vereinigung einer Anzahl segmentaler Visceralbogennerven, welche, nach Art dorsaler Wurzeln aus dem verlängerten Mark hervorgegangen, sich mit diesem durch Wurzelfasern in Verbindung setzen in einer Längslinie, welche sich zwischen die dorsale und die ventrale Ursprungslinie der Spinalnerven einschiebt; in die gesammte Bahn des Nerven finden sich Gruppen von Ganglienzellen eingestreut, das Hauptganglion grenzt sich jedoch nicht scharf ab; die Hauptganglien treten an die Oberfläche zur Bildung von Sinnesorganen, die Reduction des Nervencomplexes beginnt am Rumpfende desselben und rückt oralwärts vor. Bei der Rückbildung verschmelzen die Ganglien untereinander zu einer grossen Masse, dem Ganglion nodosum.

Der Hypoglossus entsteht durch Vereinigung einer Anzahl segmentaler Spinalnerven, welche aus zwei Wurzeln durchaus als Spinalnerven sich bilden; nur die dorsalen Wurzeln besitzen ein Ganglion, Ganglienzellen finden sich nur in diesen, sind aber nicht in die Bahn des Nerven eingestreut; die Ganglien bleiben in der Tiefe liegen; die Reduction des Nervencomplexes beginnt am Kopfende der Reihe und rückt aboralwärts vor, bei der Rückbildung verschmelzen die Ganglien nicht untereinander, sondern abortiren als isolirte abgeschlossene Zellengruppen.

Die Zungenmusculatur entwickelt sich aus einer Gewebsmasse, welche in continuirlichem Zusammenhang mit der Anlage der oberen Extremität steht.

Die Details können nur durch das Studium des Originals verstanden werden.

SCHECH.

83) **Darkschewitsch** (Moskau). **Ueber den centralen Ursprung des Accessorius Willisii.** *Neurolog. Centralblatt. IV. p. 134. 1885.*

Der N. accessorius entsteht in der ganzen Länge seines Ursprungs von oben bis unten nicht aus verschiedenen Kernen, sondern aus einem und demselben Zellenherde. Nach oben kann man den Accessoriuskern bis zum unteren Drittel der Oliven resp. bis zu der Gegend, wo der hintere Vaguskern sich zu zeigen beginnt, nach unten bis zum Ende des Ursprungsgebietes des 5. Halsnerven verfolgen. Die Accessoriuswurzel begiebt sich, nachdem sie den Kern verlassen hat, niemals in einer geraden Linie zur Peripherie, sondern bildet immer einen scharfen geknickten Bogen, dessen concave Seite ventralwärts und etwas nach aussen gerichtet ist. Der XI. Nerv hat also weder mit dem hinteren noch dem vorderen Vaguskern etwas zu thun und steht auch nicht in Beziehung zum solitären Bündel oder zu dem Proc. reticularis. Doch kommen in der Höhe der Kerne der Hinterstränge Fasern aus dem Burdach'schen Strange und diese Fasern gesellen sich zu der Wurzel des Beinerven; welche physiologische Function aber diese haben, ist noch unbekannt. SCHECH.

84) **Philipeaux. Ueber die Regeneration des Vagus in 15 Tagen bei den jungen weissen Mäusen und den jungen Meerschweinchen. (De la régénération en quinze jours du nerf pneumogastrique chez les jeunes rats albinos et chez les jeunes cobayes.)** *Société de biologie de Paris. 11. Januar. — Compte Rendus hebdom. de la soc. de biol. No. 1, 16. Januar 1885.*

Dass die Regeneration des Vagus 15 Tage nach dessen Durchschneidung vollzogen sei, schloss Ph. daraus, dass, wenn er nach diesem Zeitraume den Vagus der anderen Seite durchschnitt, die Thiere am Leben blieben, und dass wenn er dies vor Ablauf der 15 Tage that, die Thiere starben. Da aber Säugethiere nach der Durchschneidung beider Vagi zu Grunde gehen, so musste in dem ersteren Falle die functionelle Communication der durchschnittenen Enden schon wiederhergestellt gewesen sein. E. J. MOURE.

85) **Beaunis. Ueber die Section der beiden Vagi. (Sur la section des nerfs pneumogastriques.)** *Soc. de biologie de Paris. 31. Januar, — Compte Rendus hebdom. de la soc. de biologie. No. 4. 6. Februar 1885.*

B fand im Gegensatze zu Philipeaux, dass alle seine 10 Versuchsthiere, denen lange vorher der Vagus der einen Seite durchschnitten worden war, innerhalb 4—53 Stunden starben, sobald er ihnen auch den Vagus der anderen Seite durchschnitt. Es war zwar die histologische und physiologische Regeneration des erstdurchschnittenen Vagus erfolgt, doch genügte der so geheilte Vagus allein zur Existenz des Thieres nicht, sobald der Vagus der anderen Seite ausser Function gesetzt worden war. E. J. MOURE.

86) **A. Jacobson** (Petersburg). **Zur Lehre über den Bau und die Function des Musc. thyreo-arytaenoideus beim Menschen. (K utscheniju o stroenic e otprawlenii musc. thyr.-aryt. u tscheloweka.)** *Wratsch. No. 38 u. 40, 1885.*

Bei einem Kranken, der seit 9 Monaten eine Trachealcanüle trug, fand Verf., dass bei vollkommener Unbeweglichkeit der Aryknorpel das rechte Stimmband bei

tiefer Inspiration sich etwas nach aussen bewegte, so dass es in der Mitte ausgebaucht erschien. Das linke Stimmband blieb ganz unbeweglich. Beim Phoniren nahm auch das rechte Stimmband eine gestreckte Lage an und es kam zu einem vollkommenen Verschluss der Glottis. Der Grund dieser Erscheinung durfte nur in dem Muskel des Stimmbandes gesucht werden. Weil die Ansichten der Anatomen über den Faserverlauf des M. thyr. aryt. so sehr auseinander gehen, so machte sich Verf. daran, den Verlauf der Muskelbündel nochmals gründlich zu studiren. Verf. machte an gehärteten Präparaten Längsschnitte, die durch die ganze Länge des Stimmbandes gingen und Querschnitte, die den Schildknorpel, das Taschenband und das Stimmband trafen und untersuchte diese Schnitte bei 60—80 facher Vergrösserung. Er fand so Längsfasern, die durch die ganze Länge des Stimmbandes verliefen, und quer-schräg verlaufende Fasern, welche die ersteren vielfach durchflochten. Seine Hauptaufmerksamkeit richtete Verf. auf die quer und schräg verlaufenden Faserbündel. Verf. constatirte Faserbündel, die vom Proc. vocalis und der äusseren Fläche des unteren Theils des Aryknorpels kamen, dann allmälig nach vorn und innen zogen und im freien Rande des Stimmbandes endigten. Als Anheftungsstelle diente die ganze Länge des Stimmbandes. Auf Querschnitten sah Verf. Faserbündel, die ihren Ursprung von der inneren Fläche des Schildknorpels nahmen und gleichfalls zur Oberfläche des Stimmbandes zogen. Ferner sah Verf. Faserbündel, die von aussen um den Sinus Morg. zogen und darauf in den falschen Stimmbändern sich verloren. Solche Fasern hatte Rüdinger nur an weiblichen Kehlköpfen gefunden, Verf. konnte dieselben auch an männlichen constatiren. Die quer- und schrägverlaufenden Faserbündel waren derart mit den Längsfasern durchflochten, dass eine Trennung des Musc. thyr. aryt. in einen internus und externus nicht gelang. Einige von den Fasern, die von der Innenfläche des Schildknorpels kommen, inserirten sich hart vor dem Proc. vocalis im freien Rande des Stimmbandes, andere liessen sich sogar bis zum Proc. vocalis selbst verfolgen. Verf. meint, dass durch die Contraction dieser Bündel der Proc. vocalis nach aussen gezogen werden könnte und dass diese Fasern also gleichfalls sich beim Oeffnen der Glottis betheiligen.

Durch die Thätigkeit dieser quer- und schrägverlaufenden Fasern will Verf. das oben beschriebene laryngoscopische Bild erklären. LUNIN.

87) **J. Graham Brown** (Edinburgh). **Ueber die Innervation der Bronchien. (On the innervation of the bronchi.)** *Edinburgh Medical Journal. September 1885.*

Dieser Artikel enthält sowohl die Resultate, welche experimentell an lebenden Thieren nach Durchschneidung oder Reizung der Vagi gewonnen wurden, wie Deductionen über das Lumen der Bronchien. Hierauf wird die Wirkung des Aethers, Atropin und Nicotin auf das Lumen der Bronchien mitgetheilt. Der Artikel ist ebenso kurz — er besteht thatsächlich nur aus einem schlichten Bericht des Geleisteten — als er wichtig ist.

Wir referiren nur deshalb nicht näher über denselben, weil wir, um ihm gerecht zu werden, ihn in toto reproduciren müssten. Wir können uns jedoch nicht enthalten, unseren Lesern den Originalartikel warm zu empfehlen. P. M'BRIDE.

88) **N. Simanowski** (Petersburg). **Verwendung der Photographie bei Untersuchungen über die Schwingungen der Stimmbänder. (Primenenie fotografii k isutscheniju kolebani golosowich swjasok.)** Vorläufige Mittheilung. *Russ. Med. No. 25. 1885.* Auch im Archiv für Physiologie, Bd. 37, 7. u. 8. Heft, 1885 erschienen.

S. hat durch eine Modification eines Apparats, der vor ihm von anderen zur photographischen Darstellung von Curven der Geschwindigkeit des Blutes in den Gefässen und der Bewegungen der Pupille gebraucht wurde, es möglich gemacht, photographische Aufnahmen über die Vibration der Stimmbänder darzustellen. Fürs erste hat er seine Versuche an einem künstlichen Kehlkopf (construirt von Koschlakoff) gemacht und konnte schon jetzt die Resultate Koschlakoff's, die auf graphischem Wege gewonnen waren, bestätigen. S. hofft ganz bestimmt, dass es ihm mit diesem Apparate gelingen wird, die Vibrationscurven der Stimmbänder auch an menschlichen und thierischen Kehlköpfen aufzunehmen. Auf eine nähere Beschreibung des ziemlich complicirten Apparats können wir hier nicht eingehen. LUNIN.

89) **Baratoux** (Paris). **Laryngophantom. (Laryngo-fantôme.)** *Revue mens. de laryngol., d'otol. etc. No 7. Juli 1885.* (Auch in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc., No. 7, 1885 u. in den Arch. ital. di laringol., Fasc. II., 1885 veröffentl.)

Der Apparat stellt eine Combination des Laryngophantoms nach Labus und Garel dar und dient wie diese zur Einübung von intralaryngealen Operationen. Ein electrisches Läutwerk controlirt die vorgenommenen Uebungen. E. J. MOURE.

90) **Ariza** (Madrid). **Aussergewöhnliche Resonanz der eigenen Stimme. (Autofonia.)** *Extracto del quinto Tomo del Instituto de Terapéutica operatoria, Imprenta von E. Teodoro. Amparo 102. Madrid 1885.*

Diese Erscheinung sei bedingt durch das Offenbleiben der Mündung der Eustachischen Röhre während der Exspiration und des Sprechens, und so dringen die Schallwellen bis in das innere Ohr, so dass der Kranke die eigenen Worte im Ohre klingen fühlt, mit gleichzeitiger Sensation von Betäubung.

Um das Offenbleiben der Mündung der Tuba im Nasenrachenraum zu ermöglichen, können verschiedene Nasen-, Rachen- und Ohrerkrankungen die Ursache sein.

Die Diagnose wird gestellt durch Auscultation des Ohres, während der Kranke spricht.

Es werden 2 diesbezügliche Fälle aufgeführt; im Einen zeigt sich als Ursache Atrophie und Anämie der Schleimhaut des Nasenrachenraumes, im Andern Schwellung dieser Schleimhaut und gleichzeitige Ohraffection. Bepinselungen mit Argent. nitr. (10proc.) Lösung im ersten brachten rasche Heilung herbei, im zweiten Besserung durch Tannin, Alaunanwendung im Nasenrachenraume, ferner Massage des weichen Gaumens und Glycerinapplication in das äussere Ohr. KISPERT.

91) **Thos. F. Rumbold. Schonung der Stimme bei Personen, welche gewerbsmässig die Stimme gebrauchen. (The cure of the voice of professional voicenesers.)** *St. Louis Med. Surg. Journal. Sept. 1885.*

Die Abhandlung des Verfassers ist sehr interessant, und obwohl seine An-

sichten nicht immer mit denen gewichtiger Autoritäten übereinstimmen, so sind sie doch originell, oft ungewöhnlich und in der Hauptsache gesund.

Der Inhalt des Artikels besteht wesentlich aus den Antworten, welche auf folgende drei Fragen gegeben werden:

1. Ist es nöthig, dass die Sänger und Redner ihren Hals bedecken, wenn sie sich auf den Schauplatz ihrer Thätigkeit begeben, um zu singen resp. zu sprechen; und wenn dem so ist, wie sollen sie es thun?

2. Sollen sie ein Gargarisma oder ein locales Tonicum gebrauchen, falls sie fühlen, dass „etwas im Halse nicht ganz richtig ist“?

3. Was sollen sie nach dem Singen oder Sprechen thun und wie sollen sie sich auf dem Heimweg verhalten?

Die Antworten auf diese Fragen lassen sich dahin summarisiren, dass auf die erste Frage die Antwort durch den gesunden Menschenverstand dictirt wird, nämlich der Hals ist zu bedecken, wenn das Wetter es erheischt. Dazu eignet sich ein wollenes, dicht gestricktes Halstuch.

Auf die zweite Frage antwortet der Autor, dass ein gesunder Hals kein locales Tonicum gebraucht.

Auf die dritte meint er, dass der Hals eine Extrabedeckung verlange, aber nicht mehr, als die nachtheiligen Kälteeinwirkungen es erfordern.

Der Mund soll geschlossen gehalten werden, sobald die Luft kalt oder feucht ist; Fragen sollen nur monoton beantwortet werden.

Bei der Discussion der gegebenen Antworten entwickelt, wie wir erklärt haben, der Autor viele klare und vernünftige Ansichten. LEFFERTS.

92) **Drozda** (Wien). **Ueber temporäre aphatische Zustände.** *Wiener med. Presse. No. 27, 28, 29, 30, 31, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 46 u. 47. 1885.*

D. bringt eine Zusammenstellung und kritische Sichtung solcher Zustände und versucht die Ursachen derselben klarzulegen, welche in vorübergehenden Läsionen des Gesichts, Gehörs, der entsprechenden Rindengebiete und der zu oder von ihnen führenden Leitungsbahnen gegeben sind.

Leider sind seine Ausführungen weder neu, noch klar. CHIARI.

93) **G. Masini** (Genua). **Ueber eine Kehlkopfneubildung, exstirpirt per vias naturales. (Su di un neoplasma della laringe estirpato per le vie naturali.)** *Gazzetta degli ospitali. No. 83. 1885.*

Es handelt sich um eine, als multiple Papillome diagnosticirte Geschwulst zwischen dem ersten Trachealring und der vorderen Commissur. Unter Anwendung von Cocain, welches ausgezeichnete Dienste leistete und vom Verf. warm empfohlen wird, wurde die Neubildung in einer Sitzung mittelst der Schrötter-schen Pincette abgetragen. Die microscopische Untersuchung ergab Myxofibrom. KURZ.

94) **Schiffers** (Liège). **Bohnengrosses Larynxpapillom. (Papillome du Larynx de la grosseur d'une fève.)** Vorgezeigt in der „Société médico-chirurg. de Liège“. Sitzung v. 2. Juli 1885. *Annales de la Société Médico-Chirurg. de Liège. Juillet 1885.*

Das Papillom wurde einem 82jährigen Greise ohne Cocain in der ersten Sitzung exstirpirt. BAYER.

95) **A. Jacobson** (Petersburg). **Ein umfangreiches Papillom des Larynx. (Obschirnaja papilloma gortani.)** *Wratsch. No. 44 u. 45. 1885.*

Endolaryngeale Entfernung eines grossen Papilloms, das vom linken Stimmbande ausgehend, die ganze Glottis, bis auf einen queren Schlitz an der hinteren Kehlkopfwand, einnahm. Operirt wurde mit dem Störk'schen Polypenquetscher; die Entfernung geschah in einer Sitzung. LUNIN.

96) **Ramon Moraiz y Otegui** (Madrid). **Kehlkopfpolyp, gefolgt von Asphyxie. Heilung nach der Voltolini'schen Methode. (Polipo laringeo amenazando la asfixia, curacion por el método de Voltolini.)** *El Siglo Médico. No. 1666. S. 767 29. November 1885.*

Das Thema besagt das wesentliche der Arbeit. KISPERT.

97) **Lublinski. Die Operation der Kehlkopfpolypen mittelst des Schwammes.** (Separat-Abdruck. *Deutsche Medicinal-Zeitung. 1885.*

Empfehlung der Voltolini'schen Schwammmethode, namentlich bei weichen Geschwülsten, Papillomen, sowie bei nicht breit aufsitzenden, gestielten, harten Fibromen und den sogenannten „Sängerknoten". Verf. empfiehlt bei jedem Fall den Kehlkopfspiegel anzuwenden und construirte einen eigenen, im rechten Winkel abgebogenen Schwammträger. Die entzündliche Reaction ist bei der Schwammoperation nicht heftiger, eher geringer als bei den anderen Methoden. Es folgen nun 8 Krankengeschichten, die im Original nachzulesen sind. Die Operation der Nasenpolypen mit dem Schwamm scheint jedoch Verf. nicht recht empfehlen zu können. SCHECH.

98) **Voltolini. Ein neues Instrument für Operationen im Kehlkopfe bei Rückwärtsneigung des Kehldeckels.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1885.*

Nach sehr breiter, aber doch nicht vollständiger Aufzählung der bisher geübten Methoden den Kehldeckel nach vorne zu ziehen, empfiehlt Verf., an das für die Operation bestimmte Instrument, Galvanocauter, Messer etc. eine Platte von Neusilber oder einen Drahtbügel anlöthen zu lassen. Ob durch diese Erfindung in der That, wie Verf. meint, „eine neue Bahn gebrochen wird", muss um so zweifelhafter erscheinen, als bisher jeder nur einigermassen begabte Operateur mit dem jeweiligen zur Operation verwendeten Instrumente die Epiglottis in die gewünschte Stellung zu bringen verstanden hat und wahrscheinlich auch in Zukunft ohne die vorgeschlagenen Veränderungen aufzurichten verstehen wird. SCHECH.

99) **R. W. Parker** (London). **Glückliche Thyreotomie wegen Papilloms mit Erhaltung der Stimme. (Successful thyrotomy for papilloma with preservation of voice.)** *London Clin. Soc. Trans. Vol. XVIII. 1885.*

Der Titel giebt den Inhalt der Mittheilung. Die Operation war sieben Monate vor der Demonstration vorgenommen worden. Die Patientin war ein 5jähriges, an heftiger Dyspnoe und Heiserkeit leidendes Mädchen. SEMON.

100) **Ariza** (Madrid). **Beobachtungen über den Kehlkopfkrebs etc. (Observaciones de Cancer laringeo, Posibilidad de diagnosticus sus especies por medio del laringoscopio-Indicaciones terapéuticas.)** Auszug aus dem 5. Bande des Instituto terapeutica operatoria. Imprenta Teodoro. Amparo 102. Madrid 1885.

Diese Arbeit ist etwas voluminöser als die gleichbenannte des vorigen Jahres. Ich verweise daher auf das Referat im Juli 1885, S. 30, No. 80.

KISPERT.

101) **Ariza** (Madrid). **Betrachtungen über Exstirpation des Kehlkopfes. (Consideraciones acecca de la extirpacion de la laringe.)** *El Siglo Médico. No. 1644. p. 412. 28. Juni 1885.*

Zuerst bespricht A. sehr ausführlich einen Fall eines Kehlkopfkrebses, der nicht mehr operirbar war und bei welchem schliesslich die Tracheotomie gemacht wurde. Fünf Tage danach starb der Patient an Pneumonie.

Darauf führt er einige wenige historische Daten der Kehlkopfexstirpation auf, behauptet dabei, dass F. Rubio (Madrid) 1878 der Erste war, der diese Operation ausführte, ohne ein Gefäss von Bedeutung zu verletzen. Man mache eine Incision in der Mittellinie bis auf den Knorpel, von da aus nach rechts und links hart am Kehlkopf sich haltend, denselben abpräparirend: auf diese Art sei die Blutung fast Null.

A. führt dann noch wenige bekannte Bemerkungen betreffs der Operation auf und schliesst: dass die Kehlkopfexstirpation in den dazu indicirten Fällen vollständig gerechtfertigt sei, besonders da diese Operation nach der Methode Rubio's fast blutlos ausgeführt werden könne.

KISPERT.

102) **Hahn. Ueber Kehlkopfexstirpation.** *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. No. 260. 1885.*

Während bis zum Londoner Congress (1880) die Resultate der Kehlkopfexstirpation noch sehr viel zu wünschen übrig liessen, so dass man damals diese Operation nicht sehr günstig beurtheilte, sind seit dieser Zeit durch eine fortgeschrittene Technik und sorgfältigere Auswahl der Fälle die Resultate viel günstiger geworden. Verf. verlor unter 11 Operirten unmittelbar nach der Operation nur einen einzigen. Er hält die Exstirpation wegen der fehlenden Metastasenbildung und auch der Seltenheit von Infectionsrecidiven der Drüsen für die einzig richtige Behandlungsmethode der Kehlkopfcarcinome. Hinsichtlich des Alters soll keine Grenze gelten, vorausgesetzt, dass der Kräftezustand des Patienten die Operation gestattet; Lungencatarrhe und Affectionen der Bronchien und Lunge gelten als Contraindication. In Bezug auf die Frage, ob totale oder partielle Exstirpation auszuführen sei, entscheidet nicht nur die Ausbreitung, sondern auch die Art des Krebses. In Bezug auf die Indicationen der partiellen Exstirpation schliesst sich Verf. den Ausführungen des Referenten vollständig an (vergl. die Verhandlungen des Internat. medic. Congresses zu London). In Bezug auf die Art des Krebses scheinen Cancroide, welche zur Verhornung des Epithels neigen, die günstigste Prognose zu bieten, auch dürfte sich diese Form besonders für die halbe Exstirpation eignen, dagegen muss bei schnellwachsenden, sowie infiltrirten Carcinomen, die eine Neigung zum Zerfall haben, die Totalexstirpation

vorgezogen werden. Bei Sarcomen hängt die Entscheidung, ob Total- oder Partialexcision, von der Ausdehnung der Geschwulst ab. Die Frage, ob durch die Totalexstirpation das Leben verlängert werden kann, glaubt Verf. im Gegensatz zu Solis Cohen für einzelne Fälle bejahen zu müssen, zumal doch unter 75 operirten Fällen 24mal Heilung erzielt wurde; die Kranken entschliessen sich in den meisten Fällen doch zur Operation. Sehr schwierig ist es, Pneumonie, Pleuritis und eitrige Bronchitis zu verhüten. Die Einen empfehlen seitliche Lage oder Operation bei herabhängendem Kopfe, Andere die Trendelenburg'sche Tamponcanüle. Wenn diese letztere auch grosse Vorzüge hat, so verwendet doch Verf. seine eigene sogen. Pressschwammcanüle, deren Beschreibung und Abbildung im Original nachzuschauen ist. Bei Beschränkung der Neubildung auf das Larynxinnere macht Verf. zuerst die Laryngofission, um zu sehen, wie viel vom Kehlkopf krank ist, um dann den ganzen oder den halben Larynx zu entfernen. Bei der Totalexstirpation empfiehlt sich jedenfalls die sorgfältige vorherige Unterbindung aller zum Larynx und oberen Theile der Trachea gehenden Gefässe, auch soll der Ringknorpel mit entfernt werden; die Entfernung der Epiglottis ist von der Ausdehnung der Erkrankung abhängig; der künstliche Kehlkopf darf nicht unmittelbar nach der Operation eingeführt werden, sondern erst 3—5 Wochen nachher, und empfiehlt Verf. das Gussenbauer'sche Modell. Die vielen praktischen Fingerzeige und die Technik der Operation müssen im Original studirt werden. SCHECH.

103) **Roswell Park** (Buffalo). **Exstirpation des Larynx wegen Carcinom. (Exstirpation of the larynx for malignant disease.)** *Philadelphia Med. News. 12. Sept. 1885.*

Der Fall betraf einen Mann von 64 Jahren, welcher seit vielen Jahren an Heiserkeit litt. Da er seit dem letzten Jahre die Stimme ganz verloren hatte, so consultirte er einen Specialisten, welcher ein Papillom des Larynx, übergehend in Krebs diagnosticirte. Er unterwarf sich vielen Operationen behufs Exstirpation der papillomatösen Neubildung. Dr. Park sah ihn am 14. Juni, wo er ihn wegen Athembeschwerden tracheotomirte. Als nach einigen Tagen die Granulationen rings um die Wunde derartig wucherten, dass sie die Canüle herausdrängten, wurde die Totalexstirpation dos Larynx dem Patienten empfohlen und auch von ihm zugestanden. Die Operation wurde am 28. Juni vorgenommen. Sie war sehr mühevoll, aber nur mit geringer Blutung verbunden. Die Epiglottis wurde zurückgelassen, aber der erste Trachealring mit dem Larynx entfernt. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze tamponirt und heilte sehr schnell. Patient wurde die ersten Wochen durch eine in die Wunde eingeführte Sonde ernährt. Später nahm er die Nahrung durch den Mund zu sich. Jetzt trägt er einen künstlichen Larynx und kann gut schlucken und bequem sprechen. LEFFERTS.

104) **Charlewood Turner** (London). **Einfache Fractur des Zungenbeins; Suppuration in den Weichtheilen des Halses, communicirend mit der Fractur. (Fracture of hyoid [simple]; suppuration in the neck communicating with it.)** *London Path. Soc. Trans. Vol. XXXVI. 1885.*

Ein 52jähr. Mann erhielt einen Schlag mit dem Rande eines Spatens auf

den Hals. Drei Tage später infiltrirende Entzündung des Halses und Mundbodens ohne äussere Wunde am Halse. Sehr fötide Secretion aus dem Munde, Temperatursteigerung, Dysphagie. Tod an Bronchitis. Bei der Autopsie fand sich folgender Zustand der Halsorgane: „Zunge, Fauces und Larynx mit den oberen Theilen der Trachea, des Oesophagus und der benachbarten Organe zeigen die Wirkungen ausgedehnter Eiterung und Einschmelzung des Bindegewebes zwischen den Muskeln im vorderen Dreieck an der linken Seite des Halses. Die grosse und unregelmässig ausgebuchtete, in dieser Gegend belegene Höhle communicirt durch einen verhältnissmässig engen Canal, der vor dem Schildknorpel verläuft, mit einer kleineren, zwischen der rechten Seite des Schildknorpels und den Mm. sterno-hyoideus und sterno-thyreoideus belegenen Höhle, welche sich nach oben zu einer vertical verlaufenden Querfractur des Zungenbeins in einer Linie mit den Anheftungspunkten dieser Muskeln erstreckt. Die Bruchlinie verläuft eben zur Rechten vom Körper des Knochens; das innere Ende des kleinen Horns — ein kleines mit dem Körper des Zungenbeins in Verbindung stehendes, aber auf demselben frei bewegliches Knochenknötchen — bleibt zur Linken der Bruchlinie. Die Fractur wird durch einen verticalen Einschnitt in die vordere Wand des kleineren Abscesssacks freigelegt. Die grössere, links belegene Eiterhöhle hatte sich in den Mundboden nahe dem Ramus horizontalis des Unterkiefers zur Linken geöffnet."

SEMON.

105) **S. G. Shattock** (London). **Fractur der oberen Schildknorpelhörner. (Fracture of the superior cornua of the thyroid cartilage.)** Mit Abbildung. *London Pathol. Soc. Trans. Vol. XXXVI. 1885.*

„Das Specimen wurde im Präparirsaal des St. Thomas-Hospitals entdeckt. Es zeigt eine geheilte Fractur beider Cornua. Die Fracturen sind der Lage nach symmetrisch, aber nicht symmetrisch geheilt. Links ist die Spitze des Cornu superius 1,3 Ctm. unterhalb seines äusseren Endes schräg gebrochen; die fracturirten Theile sind mit Dislocation des unteren hinter dem oberen Fragment mittelst knöcherner Vereinigung geheilt; der Schildknorpel ist ausgedehnt ossificirt; das kleinere Fragment ist knöchern, ausser nahe seiner Spitze, aber das äussere Ende des Hauptfragments ist knorpelig und dies beweist, dass der Bruch durch Knorpel und nicht durch Knochen erfolgte.

Rechts ist das Horn symmetrisch fracturirt, aber die Bruchstücke sind nicht dislocirt und sind durch fibröses Gewebe verbunden; der Knorpel des oberen Bruchendes ist völlig ossificirt; der des unteren ist unmittelbar unter der Linie der fibrösen Vereinigung ossificirt.

Der Rest des Schildknorpels, der Ringknorpel, die anderen Knorpel und das Zungenbein sind normal."

Der Ref. möchte hinzufügen, dass das höchst interessante Specimen, welches der mit der Begutachtung der Lane'schen Präparate beauftragten Commission (vergl. dies Centralblatt No. 1. S. 407) vorgelegt und von derselben genau untersucht wurde, sich im Museum des St. Thomas-Hospitals befindet. SEMON.

106) **W. A. Arbuthnot Lane** (London). **Kehlkopffractur. (Fracture of the larynx.)** *London Clin. Soc. Trans. Vol. XVIII. 1885.*

Demonstration eines Pat. vor der Clin. Society of London, der 8 Monate früher

einen heftigen Faustschlag auf die rechte Seite des Halses erhalten hatte. Die Verletzung hatte zur Zeit Aphonie und Dysphagie bewirkt, die sich allmälig wieder verloren hatte. Zur Zeit der Demonstration war der Winkel zwischen den Schildknorpelflügeln etwas verbreitert. Beide Cornua superiora sind schräg von den Flügelwinkeln abgebrochen. Letztere erscheinen abgerundet. „Das rechte grosse Zungenbeinhorn weist an seinem Centrum eine deutliche Unregelmässigkeit auf, indem die hintere Hälfte schräg nach innen von der Richtung der vorderen zieht. Wegen der Dicke der Gebilde oberhalb des Theiles ist es unmöglich zu sagen, ob die Irregularität traumatischen Ursprungs ist oder nicht." SEMON.

107) Bessières. **Fracturen der Kehlkopfknorpel. (Fractures des cartilages du larynx.)** *Thèse. Paris. 30. Mai 1885.*

Der schon von Tillaux und von Marcigney (siehe S. 176) beschriebene Fall von Bruch des Schildknorpels in Folge von Ueberfahrenwerden wird zum Ausgang genommen zu einer flüchtigen Beschreibung der Aetiologie, der Symptome und der Behandlung von Fracturen der Kehlkopfknorpel.

In einem Anhang werden mit obigem Fall 48 Beobachtungen aus der Literatur zusammengelesen und es wird hierbei das, was jeden Fall besonders auszeichnete, hervorgehoben. E. J. MOURE.

108) S. Maissurianz (Tiflis). **Zwei Fälle von Extraction eines Blutegels aus dem Sinus Morgagni des Kehlkopfes.** *Petersburger med. Wochenschrift. No. 48. 1885.*

Im ersten Falle war einem 50jährigen Manne beim Trinken von unreinem Wasser ein Blutegel in den Hals gerathen, worauf sich bald Heiserkeit, Athemnoth und Bluthusten einstellten. M. sah den Pat. 3 Wochen seit dem Beginne dieser Symptome und konnte mit dem Spiegel einen Blutegel dicht oberhalb der Stimmbänder im Sinus Morgagni constatiren. Aus Furcht, dass bei etwaigen intralaryngealen Manipulationen der Blutegel in die Trachea fallen könne, wurde derselbe nach vorgenommener Crico-Tracheotomie und Spaltung des Lig. crico-thyreoid. mit der Kornzange extrahirt.

Der zweite Fall betraf einen 10jährigen Knaben, der sein Leiden seit zehn Tagen gleichfalls vom Trinken von unreinem Wasser datirt. Auch hier bestanden die Symptome in Heiserkeit, Blutspeien und Athemnoth. Der Blutegel hatte sich auch hier im Sinus Morgagni angeheftet. In diesem Falle wurde er nach vorhergehender Cocainisirung des Halses auf intralaryngealem Wege entfernt. LUNIN.

109) A. Hodgkinson (Manchester). **Durchbohrung des Kehlkopfs seitens einer Kornrispe; Entfernung; Genesung. (Penetration of the larynx by a portion of an ear of corn; removal; recovery.)** Mit Abbildung. *Lancet 25. July 1885.*

Die Hauptpunkte von Interesse sind im Titel angegeben. Die Rispe hatte die rechte arytaeno-epiglottische Falte durchbohrt. SEMON.

110) Ch. Etienne. **Fremdkörper in den Luftwegen. (Corps étrangers dans les voies aériennes.)** *Revue méd. de l'Est. No. 20. 15. October 1885.*

Es werden 2, bei einem Knaben von 8 und einem Mädchen von 9 Jahren beobachtete Fälle von Fremdkörper der Luftwege (beide Male war es ein Knopf) beschrieben.

In beiden Fällen war der Fremdkörper spontan einige Zeit nach gemachter Tracheotomie zu Tage gefördert worden.

E. knüpft an diese 2 Beobachtungen Reflexionen über das einzuschlagende Verfahren bei Fremdkörpern der Luftwege. Entweder, sagt er, kennt man den Sitz derselben nicht, dann soll man nicht zu lange suchen, sondern lieber zuwarten und eventuell tracheotomiren; oder man entdeckt deren Sitz, dann mögen sie womöglich durch die natürlichen Wege entfernt werden. Gelingt dies nicht, so möge man einen radicaleren Eingriff 6 Wochen bis 3 Monate aufschieben, da im Durchschnitt in diesem Zeitraum, sei es in Folge Abschwellung eines etwa bestehenden Oedems des Kehlkopfeingangs oder in Folge Eiterung der von dem Fremdkörper gereizten Partien eine spontane Expulsion desselben stattfindet. E. J. MOURE.

111) **L. Rocchetti. Aspiration der Fremdkörper aus den ersten Luftwegen. (Aspirazione dei corpi estranei delle prime vie respiratorie.)** *Bulletino delle malattie dell' orecchio etc. No. 1. 1886.*

Beschreibung eines Apparates, bestehend aus einem Mundstück, einer Flasche und einer Aspirationspumpe. KURZ.

112) **Ost** (Bern). **Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.** *Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte. No. 22. 1885.*

Vier Fälle, lesenswerth, jedoch ohne besondere laryngologische Thatsachen. Die Fremdkörper waren zwei Knochensplitter, ein Stück von einem Streichhölzchen, eine Brodkrume. JONQUIÈRE

113) — **Seegarneelenkopf in der Trachea. (A shrimp's head in the trachea.)** *Brit. Med. Journal. 5. Sept. 1885.*

Eine „redactionelle Anmerkung" im Brit. Med. Journ. vom 5. September lautet: „Ein 15monatliches Kind fand den Kopf einer Seegarneele, während seine Mutter beim Thee war. Kurz darauf bemerkte man Erstickungsanfälle bei dem Kinde. Der Arzt des „„Seamen's Hospital"" tracheotomirte, fand aber nichts, das die Respirationsbeschwerden hätte verursachen können. In derselben Nacht erfolgte der Tod. Bei der Autopsie wurde der Kopf der Seegarneele in der Trachea unmittelbar oberhalb der Bifurcation entdeckt." SEMON.

114) **Barraud** (Service Saint-Germain). **Zwei Fälle von festen Fremdkörpern der Luftwege. (Deux cas de corps étrangers solides des voies aëriennes.)** *Revue mens. des malad. de l'enfance. August 1885.*

Der erste Fall betraf ein 6jähriges Mädchen, das beim Spielen ein Maiskorn in die Luftwege gebracht hatte. Am folgenden Tage, nach einer unter heftigem Husten verbrachten Nacht constatirte man Fehlen des vesiculären Athmens rechterseits und diagnosticirte, dass der Fremdkörper im rechten Bronchus sitze. Wiewohl die Dyspnoe keine allzugrosse war, machte man die Tracheotomie, wobei ziemlich viel Blut in die Trachea floss. Die dadurch ausgelösten heftigen Hustenstösse förderten das Maiskorn durch die Trachealwunde zu Tage.

Der zweite Fall betraf ein 3jähriges Kind, das nach Aussage der Eltern eine Bohne verschluckt hatte und in höchst asphyktischem Zustande ins Spital ge-

bracht wurde. — Auch hier diagnosticirte man: Fremdkörper im rechten Bronchus, und machte sofort die Tracheotomie. Aber weder das in die Trachea strömende Blut noch die eingeführte Zange lösten bei dem sterbenden Kinde Hustenstösse aus. Es glückt zwar bei dem zweiten Versuche, die Zange in den rechten Bronchus einzuführen und ein Stück der Bohnenhülse zu fassen, aber mittlerweile stirbt das Kind. — Bei der Obduction gelingt es mit Leichtigkeit, den Fremdkörper mit der durch die Trachealwunde in den Bronchus eingeführten Zange zu fassen und zu extrahiren. — B. knüpft an diese zwei Fälle bekannte Reflexionen an.

E. J. MOURE.

115) R. F. Chapman. **Geschichte eines Falles von Fremdkörper im Halse nebst Operation zu seiner Entfernung. (History of a case of foreign body in the throat with operation for its removal.)** *New-York Med. Record. 14. Nov. 1885.*

Ein Kind von 6 Monaten 27 Tagen hatte ein Knochenstück in der Regio subglottica. Es wurde die Tracheotomie gemacht, das Knochenstück gelockert, durch die Glottis in den Mund gebracht und entfernt. Nach einigen Tagen starb das Kind jedoch an Erschöpfung.

LEFFERTS.

116) L. S. Blum. **Asphyxie durch Einkeilung eines künstlichen Gebisses in die Trachea; Tod. (Asphyxia caused by a plate of artificial teeth impacted in the trachea; death.)** *New-York Med. Journal. XLII. p. 217. 1885.*

Patientin befand sich wegen Malaria in Behandlung des Dr. Blum. Eine Stunde nach der letzten Visite wurde dieser eilig zur Patientin gerufen, welche, nach Aussage des Boten, im Verbluten liege. Patientin wurde mit bleichem und verzerrtem Gesicht von vier Mann mit dem Kopf nach unten gehalten, und als der Arzt an das Bett herantrat, athmete sie noch ein paar Mal auf und starb, bevor irgend etwas für sie gethan werden konnte. Als Patientin den letzten Athemzug gemacht und der Unterkiefer herabgesunken war, bemerkte ihre Mutter das Fehlen der Zähne und machte den Arzt darauf aufmerksam. Man durchsuchte das ganze Zimmer, fand sie aber nicht. Nachdem man Dr. Blum den Zustand der Patientin kurz vor dem Tode geschildert hatte, gelangte er zu der Ueberzeugung, dass die Zähne dislocirt und in die Luftwege gelangt waren und so den Tod bewirkt hatten. Die Obduction wurde am folgenden Tage gemacht und es zeigte sich, dass Herz und Lungen sonst normal waren, aber die gewöhnlichen Zeichen des asphyktischen Todes darboten. Die verlorenen Zähne fanden sich in der Trachea, ungefähr 6 Ctm. unterhalb des Larynx.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

117) **Discussion über die Functionen der Schilddrüse** in der Société médicale de Genève. *Revue méd. de la Suisse romande. No. 10. p. 609. 1885.*

Lombard (Genf) liest eine Arbeit über das genannte Thema, welche ausführlich veröffentlicht werden wird. In der Discussion sagt der Anatom Laskowski, dass er an den meisten herausgeschnittenen Kröpfen eine Menge Nervennetze vom Recurrens gefunden habe, und dass die Schilddrüse äusserst reich an Sympathicusfasernetzen sei. Er glaubt der Durchschneidung aller dieser Netze

einen Theil der Erscheinungen nach Kropfexstirpation zuschreiben zu dürfen. Auch glaubt er nach Froriep, dass die Thyreoidea in Beziehung zu den Lungen stehe. Ferner theilt Girard mit, dass Schiff seine Hypothese von 1884 (s. Referat in No. 9, 1885) auf neue Experimente hin in der Weise modificirt hat, dass er annimmt, die Schilddrüse liefere ein Secret, welches ein in dem Körper selbst normal gebildetes Nervengift vernichte oder unschädlich mache. Schiff glaube nicht, dass die Nervenläsionen an den Erscheinungen nach der gänzlichen Entfernung des Kropfs schuld seien. JONQUIÈRE.

118) **W. Hale White** (London). **Ueber Atrophie der Schilddrüse, welche einem Druck auf den Nervus recurrens folgte. (On atrophy of the thyroid body, following pressure on the recurrent laryngeal nerve.)** Illustrirt. *British Med. Journal. 22. August 1885.*

119) **Derselbe. Weitere Mittheilung über die Function des Nervus recurrens mit Bezug auf die Schilddrüse. (Further communication on the function of the recurrent laryngeal nerve with regard to the thyroid body.)** Illustrirt. *Ibidem. 28. November 1885.*

In seiner ersten Arbeit berichtet der Verf. ausführlich zwei Fälle von sehr bedeutender Atrophie und fibröser Degeneration der Schilddrüse, in welchen ein Aneurysma der Aorta auf den linken Nervus recurrens drückte, und spricht die Vermuthung aus, dass der Recurrens der trophische Nerv der Schilddrüse sei. In der zweiten Arbeit wird ein Fall von Gliom an der rechten Hälfte der Schädelbasis mitgetheilt, welches ausser anderen Gehirnnerven auch den rechten Vago-Accessorius involvirte, und zu Atrophie der von diesen Nerven versorgten Muskeln (Trapezius, Sternocleidomastoideus, Kehlkopfmuskeln der rechten Hälfte) führte, während die Schilddrüse sich als völlig normal erwies. Im rechten Nervus recurrens fand sich bei der microscopischen Untersuchung ein Theil der Fasern wohlerhalten, während ein anderer sclerotische Veränderungen aufwies. Nun argumentirt der Verfasser, dass die Thatsache, dass sich wohlerhaltene Fasern in dem Recurrens fanden, bewiese, dass dieser Nerv viele Fasern enthielte, welche nicht aus dem Gehirn stammen (!), wenn man auch noch nicht sagen könne, wo diese Fasern in den Nerven einträten, und dass es wahrscheinlich diese Fasern seien, welche die trophischen Functionen für die Schilddrüse zu besorgen hätten.

Es ist fast überflüssig, zu bemerken, dass beide Hypothesen des Verfassers, jedenfalls aber die zweite, in der Luft schweben. Der Umstand, dass in zwei Fällen, in welchen der linke Recurrens einem Drucke unterworfen gewesen ist, die Schilddrüse atrophisch vorgefunden wird, beweist noch lange nicht, dass zwischen diesen beiden Befunden ein causaler Zusammenhang besteht, während der Verf., wenn er der Discussion über die Erweitererparalyse gefolgt wäre, gesehen haben würde, dass selbst langdauernde Implication eines motorischen Nerven in einen chronischen Geschwulstprocess durchaus nicht mit Nothwendigkeit zur Zerstörung aller seiner Fasern führt. Es ist daher nicht zulässig, zu folgern, dass, wenn man in einem so afficirten Nerven unterhalb der Druckstelle wohlerhaltene neben degenerirten Fasern findet, die ersteren dem Nerven erst

unterhalb der Druckstelle beigemischt sein müssen! — Die zweite Hypothese collabirt damit vollständig.

Aber obwohl die Arbeit nur eine geistreiche Speculation darstellt, ist sie doch sehr lesenswerth wegen der genau mitgetheilten Fälle, und der Bezugnahme auf viele einschlägige, in diesem Augenblick allgemein interessirende Fragen (Myxödem, Cachexia strumipriva, Degeneration der Kehlkopfmuskeln). SEMON.

120) **Lewinski** (Berlin). **Lähmung des Hals- und des Armsympathicus durch Druck einer Struma.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 35. 1885.*

Für die Leser dieses Blattes genügt der Hinweis auf die die Pathologie des Sympathicus erschöpfende Darstellung, da in dem betreffenden Falle die oberen Respirationsorgane nicht betheiligt waren. B. FRAENKEL.

121) **E. Ricklin. Beobachtungen von acuter Thyroiditis. (Observations de thyroidite aigue.)** *Gazette méd. de Paris. No. 38, 39. 19. u. 26. September 1885.*

Es werden 5 Fälle mit ihren Krankengeschichten wiedergegeben, von denen 3 von Raymond und 2 von Zesas herrühren. — In den Ersteren war Rheumatismus, in den Letzteren Malaria die Ursache der Thyroiditis. E. J. MOURE.

122) **E. Zouioritch. Ueber die acute rheumatische Thyroiditis. (De la thyroidite aigue rheumatismale.)** *Thèse Paris 1885.*

Z. giebt das gesammte Krankheitsbild obiger Affection und bringt 3 von Raymond und Vulpian beobachtete Fälle.

Die acute rheumatische Thyroiditis kann die Individuen, die an acutem Gelenkrheumatismus leiden, entweder gleichzeitig mit der Gelenkaffection oder einige Tage nach Schwund der Gelenkschmerzen befallen.

Ihr Auftreten ist ein plötzliches und von kurzer Dauer, 48 Stunden.

Sie führt nicht zur Eiterung. Ihre Prognose ist günstig. Sie heilt unter Gaben von salicylsaurem Natron. E. J. MOURE.

123) **Charcot. Basedow'sche Erkrankung; verwischte Formen; neues physikalisches Zeichen; Behandlung mit Electricität. (Maladie de Basedow; formes faustes; nouveau signe physique; traitment par l'électricité.)** *Gazette des hôp. No. 13 et 15. 1885.*

Klinischer Vortrag, gehalten im „Hospice de la Salpetrière:

Als neues physikalisches Zeichen wird das von Charcot's Chef de Clinique P. Marie mit Hilfe der graphischen Methode studirte und regelmässig bei dieser Affection vorkommende Zittern hervorgehoben. E. J. MOURE.

124) **Panas** (Paris). **Einige Betrachtungen über die Pathogenie der Struma exophthalmica. (Quelques considérations sur la pathogénie du goitre exophthalmique.)** *Union méd. No. 105. 1. August 1885.*

Bei Besprechung eines beobachteten Falles wird auf den neuropathischen Ursprung der Basedow'schen Erkrankung hingewiesen und behauptet, dass sie unter die Affectionen des Nervensystems eingereiht werden möge mit demselben Rechte, mit dem man Epilepsie, Hysterie etc. dazu zähle. E. J. MOURE

g. Oesophagus.

125) **Bull** (Christiania). **Ueber die therapeutische Anwendung der Ernährung durch die Sonde, der Ueberernährung und des Fleischpulvers.** *Centralblatt f. Therapie. No. I. u. III. 1885.*

B. bespricht diese Methode als anwendbar bei Verengerungen der Speiseröhre, bei Lähmungen und Krämpfen derselben und bei Erkrankungen des Mundes und Rachens, bei unstillbarem Erbrechen und bei Tuberculose. Besonders bei starker Brechneigung ist sie wichtig, wie B. glaubt, in Folge der Umgehung der überempfindlichen Mund- und Rachentheile, und ebenso bei den überaus schmerzhaften tuberculösen Ulcerationen des Kehlkopfes und Rachens. In den meisten Fällen genügt es, die Sonde bis in die Mitte der Speiseröhre einzuführen. Am besten verwendet man trockenes Fleischpulver (Poudre de viande Rousseau, Compagnie hygiénique française) aus Paris, welches in Milch oder Suppe gerührt wird. Die Eingiessung muss schnell erfolgen und Wasser nachgegossen werden, um die letzten Speisereste wegzuspülen, welche beim Herausziehen der Sonde den Rachen reizen könnten. CHIARI.

126) **H. D. Fry. Beitrag zum Studium der Diphtherie des Oesophagus nebst Bericht über einen Fall dieser Art. (A contribution to the study of diphtheria of the oesophagus with the report of a case.)** *Americ. Journal Med. Society. October 1885.*

Diese werthvolle und interessante Abhandlung über eine seltene Krankheit beginnt mit einer eingehenden Betrachtung der etwas spärlichen Literatur über diesen Gegenstand. Alsdann folgt die Geschichte mehrerer Fälle, die der Autor aus den verschiedensten Quellen gesammelt hat. Die Krankheit kann entweder idiopathisch oder secundär auftreten.

Betreffs der Symptomatologie bemerkt der Autor, dass die diphtheritische Entzündung so selten auf die Oesophagusschleimhaut beschränkt ist, dass ihr Studium ungewöhnliche Schwierigkeiten darbietet. Da in einer Reihe von Fällen die Diphtherie gleichzeitig die Tonsillen, den Pharynx oder die Luftwege befällt, so ist es unmöglich, zwischen den Hauptsymptomen des einen und anderen Theils zu unterscheiden.

Die Diagnose der Diphtherie des Oesophagus ist sehr schwierig; in den meisten Fällen ist es unmöglich, sie zu stellen. Die Schwierigkeit bleibt dieselbe, ob der Oesophagus primär von Diphtherie befallen wird oder secundär durch Ausbreitung der Pseudomembran vom Larynx oder Pharynx aus. In der grossen Mehrheit der berichteten Fälle wurde die Affection erst durch die Obduction entdeckt. Die Symptome lassen ihre Existenz meist nur vermuthen. Ein wichtiges Symptom ist das Auswerfen von Pseudomembranen durch den Mund, vorausgesetzt, dass das Befallensein der Luftwege ausgeschlossen werden kann. Das einzig zuverlässige Zeichen der Krankheit ist die Expectoration eines membranösen Abgusses des Oesophagus. LEFFERTS.

127) **Guelton** (Brüssel, Hôpital St. Jean, Service de M. b. Prof. Thiry). **Aphonie durch einen Fremdkörper des Oesophagus bedingt. Inveterirte Krätze. (Corps étrangers dans l'oesophage provoquant l'aphonie. Gale inveterée.)** *La Presse médicale Belge. No. 38. 1885.*

Das Merkwürdige an dem Fall ist, dass das schmutzige, heruntergekommene, 20jährige Dienstmädchen, um welches es sich handelt, sein falsches Gebiss verschluckt hatte, ohne eine Ahnung davon zu haben, ja, wie es scheint, ohne dasselbe zu vermissen! Es wurde daher vom Internen zufällig bei der Digitaluntersuchung wegen eingetretener Schlingbeschwerden und Würgbewegungen entdeckt, und in der Folge von Thiry zu Tage befördert. Es war ein Hartgummistück mit Ausbuchtungen, Erhabenheiten und Einkerbungen für Alveolarfortsatz und Zähne. Nach der Extraction (es stak in der in der Höhe des Ringknorpels, von wo aus es einen Druck auf die Pars membran. trach. ausgeübt hatte) verschwand die Aphonie sofort.

Die zu gleicher Zeit vorhandene inveterirte Krätze, combinirt mit den Zeichen einer Angina, hätte, glaubt der Verfasser, leicht zu einer falschen Diagnose, nämlich der der Syphilis Veranlassung geben können.

Hätte gerade noch gefehlt bei dem wunderbaren Fall! BAYER.

128) **T. Sympson** (Lincoln). **Successvolle Entfernung eines Gebisses aus dem Oesophagus. (Successful extraction of a dental plate from the oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 19. September 1885*

Mit einiger Schwierigkeit wurde unter Anwendung von Chloroform mit Hülfe des Fingers und einer Kehlkopfzange das mit fünf scharfen Haken versehene Gebiss, welches kurz vorher während eines epileptischen Anfalls der Trägerin, einer 31jähr. Nähterin, in den Oesophagus gerathen und dort in der Höhe der Ringknorpelplatte fest eingekeilt worden war, entfernt. Die Patientin genas schliesslich, litt aber noch mehrere Tage nach der Entfernung an so starken Schlingbeschwerden, dass sie mittelst Klystiere von peptonisirter Milch ernährt werden musste. SEMON.

129) **Sandberg** (Marstrand in Schweden). **Ruptura oesophagi + Pyopneumothorax.** *Hygiea. p 319. 1885.*

Verf. erzählt folgenden Fall: Einem 58jährigen Manne blieb beim Mittagsessen eine Gräte im Halse stecken Am nächsten Tag subcutanes Emphysem an der linken Seite des Halses, Athemnoth, Cyanose. Das Emphysem breitete sich weiter, rings um den Hals und auf dem behaarten Theil des Kopfes aus. Am dritten Tag erlag der Patient. — Bei der Obduction wurde ein Empyem der linken Pleurahöhle gefunden. Im Oesophagus, 5 Ctm. über der Cardia, in der vorderen Wand eine 3—4 Mm. weite Perforationsöffnung, in der ein 3—4 Ctm. langes, 2 Mm. dickes, spitzes Fischkiembein steckte. SCHMIEGELOW.

130) **John Berg** (Stockholm). **Fall von Cancer oesophagi — Oesophagostomie. (Fall af Cancer oesophagi — Oesophagostomia.)** *Hygiea. p. 178. 1885.*

Verf. theilt die Krankengeschichte einer 48jährigen Patientin mit. Die

Krankheit hatte 4—6 Jahre gedauert. Laryngoscopisch wurde ein Tumor hinter dem Introitus laryngis gefunden. Die Schleimhaut der Cartt. arytaenoideae war blauroth und geschwollen. Nachdem man am 5. December durch eine laterale Pharyngotomie (nach vorhergegangener Tracheotomie) sich überzeugt hatte, dass die Neubildung sich zu weit nach unten erstreckte, und zu fest an dem Larynx haftete, um auf diesem Wege exstirpirt werden zu können, wurde die Oesophagostomie tief unten, gerade über dem Manubrium sterni gemacht. Die Patientin wurde geheilt aus dem Spital entlassen und lebt noch im Augenblick der Publication (März 1885).

In der Epicrise spricht Verf. sich für eine frühe Resection des Oesophagus und gegen die Sondenbehandlung aus. Durch die Sondirung kann man relativ leicht Perforationen der krankhaft degenerirten Oesophaguswand herbeiführen, und es scheint, als ob die mechanisch irritirende Sonde den ulcerativen Zerfall und die Entwickelung der Geschwulst beschleunigte. — Was die Oesophagostomie betrifft, hat er in Folge einer Statistik, die auf 21 aus der Literatur gesammelten Fällen von Cancer oesophagi basirt ist, gefunden, dass 13 Patienten (ca. 62 pCt. im Laufe von 14 Tagen, viele nach einigen Stunden, gestorben sind.

Seine Schlussfolgerung ist, dass man, wenn möglich, die Resection des Oesophagus machen soll, und dass Oesophagotomie, wenn überhaupt ausführbar (d. h. wenn das Neoplasma nicht zu tief nach unten liegt), der Gastrostomie vorzuziehen ist.

SCHMIEGELOW.

131) **Sündberg** (Stockholm). **Ein Fall von Varicen des Oesophagus. (Ett fall af varices i Oesophagus.)** Upsala-Läkaref. Förhandl. XX. p. 488—493. 1885.

Der Fall betrifft einen 41jährigen Mann, der an Cancer hepatis, peritonei (et ventriculi?) gestorben war. Aus dem Sectionsbefund soll Folgendes hervorgehoben werden. Ungefähr 2 Ctm. oberhalb der Cardia zeigten sich mehrere submucöse, varicös ausgedehnte Venen, die grösste von der Dicke einer Gänsefeder, dieselben erstreckten sich 7—8 Ctm. nach oben. Bei Injection von Berlinerblau zeigte es sich, dass sie nach unten gegen die Cardia sich in eine Menge von äusserst dicht aneinander stehenden feinen Gefässen auflösten. SCHMIEGELOW.

132) **Paul Dittrich** (Prag). **Weitere Fälle von intravitaler Oesophagusmalacie.** Aus Prof. Chiari's pathol.-anatom. Institut. *Prager med. Wochenschr. No 40. 1885.*

In 3 Fällen von peptischer Erweichung der Schleimhaut des Oesophagus fand D. im Bereiche der Ulceration deutliche entzündliche Infiltration, so dass man daraus auf eine intravitale Entstehung der Oesophagusmalacie schliessen muss. In allen Fällen handelte es sich um cachectische Individuen; im Magen selbst war nur bei einem Falle ein peptisches Ulcus vorhanden. Bluterbrechen fand in einem Falle 60 Stunden vor dem Tode statt. Eine Uebersicht über die Literatur erhöht den Werth der Mittheilung. CHIARI.

III. Briefkasten.

Prof. Schnitzler's 25jähriges Doctor- und Redacteur-Jubiläum.

Leider erfahren wir erst lange „post festum", dass Prof. Schnitzler am 6. Januar d. J. sein 25jähriges Doctor- und Redacteur-Jubiläum gefeiert hat. Nichtsdestoweniger darf ein laryngologisches Journal nicht fehlen, wo es gilt, einem der Veteranen der Laryngologie zu der Zurücklegung eines bedeutsamen Lebensabschnittes zu gratuliren, und wir bitten daher Prof. Schnitzler, unseren verspäteten, aber darum nicht minder herzlichen Glückwunsch zu seinem Ehrentage freundlich entgegenzunehmen.

Erinnerung an L. Elsberg.

Gelegentlich des Meetings der New-York Academy of Medicine am 3. December 1885 feierte Dr. M. H. Henry in beredten Worten das Andenken des verstorbenen Louis Elsberg in einer Abhandlung betitelt: „Ein Ueberblick über das Leben des Dr. Louis Elsberg und die Fortschritte auf dem Gebiete der Halskrankheiten während seiner ärztlichen Thätigkeit. Die Arbeit ist im New-York Med. Journal, 5. Dec. 1885 veröffentlicht.

Gründung einer laryngologischen Section in der New-York Academy of Medicine.

Bei dem am 19. November 1885 unter Vorsitz des Präsidenten der Academie, Dr. A. Jacobi, abgehaltenen, zahlreich besuchten Meeting wurde ein Antrag, welcher die Gründung einer laryngologischen Section befürwortete, angenommen, der vorgelegte Organisationsplan gebilligt und Dr. Rufus Lincoln zum Präsidenten, sowie Dr. D. Bryson Delavan zum Secretair der Section für das erste Jahr gewählt.

Laryngologische Bibliothek.

Die Bibliophilen unter unseren Lesern werden uns Dank dafür wissen, dass wir ihre Aufmerksamkeit auf das 65. Verzeichniss des medicinischen Bücher-Lagers der A. Moser'schen Buch- und Antiquariats-Handlung in Tübingen (Franz Pietzcker) lenken. Dasselbe umfasst nicht weniger als 987 Nummern rhino-pharyngo-laryngologischen Inhalts, und unter diesen sind viele Raritäten älteren und neueren Datums vertreten.

Frühzeitige Pubertät.

Ein merkwürdiger Fall frühzeitiger Pubertät wurde von Mr. Bruce Clarke am 19. Januar 1886 vor der Path. Soc. of London demonstrirt. Es handelte sich um einen muskulösen, anscheinend 10—12jährigen Knaben, dessen Geburtsregister indessen den überraschenden Beweis liefert, dass er am 17. Mai 1882 geboren, also gegenwärtig $3^3/_4$ Jahre alt ist. Der Knabe ist 3' $8^1/_2$" (englisch) hoch, und wiegt 4 stone six pounds. Er hat Flaum auf den Backen, Haare wie ein Mann an den Pubes und am Perinaeum, sein Penis ist so gross wie der eines Erwachsenen und jeden Morgen erigirt, während die Testikel kleiner sind als die eines Erwachsenen. Was uns aber besonders interessirt, ist, dass das Pomum Adami stark entwickelt und die Stimme eben im Mutiren begriffen ist! — Weitere Details mögen im British Med. Journal vom 6. Februar 1886 nachgelesen werden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, April. 1886. No. 10.

I. Die Stellung der Laryngologie in Amerika.

(Schluss.)

Einen Begriff von dem gegenwärtigen Stand des laryngologischen Unterrichts in Amerika dürfte der Leser durch eine kurze Schilderung seines Umfanges und Characters in einer der grösseren Städte erhalten. Der Verfasser dieser Schilderung hat zu diesem Zweck New-York gewählt, nicht nur, weil er diese Stadt am besten kennt, sondern auch, weil sie das grosse Centrum des medicinischen Unterrichts bildet, wo die Gelegenheit zum Lernen sehr leicht geboten wird, da in ihren grossen Medical Charities jährlich 1/2 Million Kranker und Verletzter unentgeldlich behandelt wird.

In New-York City existiren drei grosse, wichtige und einflussreiche medicinische Collegien, welche der „regulären“ Schule der Praxis angehören: 1) The College of Physicians und Surgeons (Medical Department of Columbia College) gegründet 1807, 2) The University of the City of New-York (Medical Department) gegründet 1837, und 3) The Bellevue Hospital Medical College, gegründet 1861.

Die Vorlesungen derselben wurden in der Session 1884—85 von 1413 Studenten besucht. Daneben haben The Womans Medical College of the New-York Infirmary (Regular), the Homeopathic Medical College und the New-York Medical College and Hospital for Women (Eclectic) keine unbeträchtliche Anzahl von Studenten. In allen diesen Collegien (mit Ausnahme des College of the New-York Infirmary) wird während der regulären Wintersession laryngologischer Unterricht ertheilt.

Am College of Physicians und Surgeons wird der Unterricht von Professor George M. Lefferts gegeben. Er ist didactisch und klinisch und erstreckt sich über die ganze Wintersession der Schule, während welcher Zeit das Wichtigste aus dem Gebiete unserer Specialität abgehandelt wird.

An der University of the City of New-York, Medical Department lehrt Prof. Wm. C. Jarvis. Der Curs besteht in einer klinischen Vorlesung (jede Woche ein Mal) während des Winters und Frühjahrs; zu derselben Zeit wird den graduirten Classen des Collegs auch practischer Unterricht ertheilt.

Am Bellevue Hospital Medical College hält Prof. Frank H. Bosworth während zweier Monate der Wintersession 8 klinische Vorlesungen.

Neben den eben genannten Collegien verdienen die Institute unsere Aufmerksamkeit, welche zur Fortbildung der Aerzte bestimmt sind, einmal weil die Zahl der sie besuchenden Aerzte immer mehr wächst und dann, weil sie eine wichtige Rolle in der höheren medicinischen Ausbildung spielen. Es existiren in New-York zwei derartige Institute: The New-York Post-graduate Medical School and Hospital und The New-York Policlinic.

Der Unterricht wird an dem ersten nach dem Plan ertheilt, wie er sich seit vielen Jahren in den medicinischen Centren der alten Welt als vortheilhaft erwiesen hat. Natürlich ist er den speciellen Bedürfnissen der amerikanischen Aerzte angepasst. Es wird Niemand zugelassen, der nicht bereits einen Grad hat; es werden auch keine Grade ertheilt. Die Schule steht vielmehr allen rechtmässigen Aerzten offen und ist sowohl für die jüngeren Aerzte vortheilhaft, welche sich mit den practischen Pflichten ihres Berufs bekannt machen wollen, als auch für diejenigen älteren Aerzte, welche irgend einen Specialzweig der Medicin ergreifen, oder sich mit den modernen Fortschritten der Diagnose und Therapie vertraut machen wollen.

Jede Abtheilung ist das ganze Jahr hindurch geöffnet und es wird Jedem bequeme Gelegenheit geboten, zu jeder Zeit seine Studien in bestimmter Richtung zu verfolgen.

Die Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten steht unter Leitung des Professor Clinton Wagner, dem ein Professor, ein Lehrer und drei klinische Assistenten zur Seite stehen.

Der Unterricht, der in den verschiedenen Kliniken ertheilt wird, ist ein durchaus practischer; die Studenten werden unterwiesen, Untersuchungen zu machen, Instrumente zu gebrauchen und locale Applicationen zu machen.

In dem zweiten der genannten Institute, der New-York Policlinic, sind didactische Vorträge aus dem Unterrichtsplan streng ausgeschlossen. Es werden nur practische Aerzte zugelassen, welche in Abtheilungen, resp. kleine Sectionen eingetheilt werden, so dass sie in persönlicher enger Beziehung zu dem Patienten bleiben und den klinischen Verlauf jedes Falles genau studiren können. — Die Aerzte werden zu jeder Zeit zugelassen, so dass sie sich die ihnen passende Zeit auswählen können.

An der Spitze des Lehrstabes dieses Instituts stand von Beginn an bis zu seinem frühen Tode der schmerzlich vermisste Prof. Elsberg. An seiner Stelle wurde Dr. Bryson Delavan die Professur für Laryngologie übertragen.

Neben den eben genannten Instituten bieten zahlreiche Ambulatorien der New-York City reiche Gelegenheit zur klinischen Ausbildung. Bei allen existirt eine „Abtheilung für Behandlung von Halskrankheiten“ unter Leitung eines tüchtigen Laryngoskopikers. In jedem dieser Ambulatorien (ebenso wie in den Specialhospitälern für Augen- und Ohrenkrankheiten, welche eine Halsabtheilung haben) wird ein sorgfältiger Unterricht in kurzen Cursen nach dem Wiener System ertheilt.

IV. Laryngologische Literatur.

Die Einführung der Literatur über Laryngologie als eines besonderen Zweiges der allgemeinen Medicin in allgemeine Journale datirt seit dem Jahre 1875, in welchem die Jahresberichte über „The recent progress in diseases of the throat“ in dem Boston Medical and Surgical Journal aus der Feder des Prof. Frederick J. Knight erschienen. Diese Berichte erscheinen noch gegenwärtig in demselben Journal. In demselben Jahre erschienen die „Quarterly Reports on Laryngological Litterature“ von Prof. Geo. M. Lefferts in dem New-York Medical Journal und wurden von ihm vom Mai 1875 bis zum Jahre 1880 fortgeführt, wo sie unter derselben Autorschaft den „Archives of Laryngology“ einverleibt wurden. Diese Berichte enthielten sowohl Kritiken über die im voraufgegangenen Vierteljahr erschienenen Originalartikel auswärtiger und einheimischer periodischer Zeitschriften als auch Auszüge aus den wichtigeren derselben. Ihnen folgten mit mehr oder weniger gleichem allgemeinen Plan im Jahre 1878 „The Laryngological Periscope“ von Dr. J. H. Hartman aus Baltimore als Beilage zum Maryland Medical Journal und der „Report on Diseases of the Respiratory Organs“ von Dr. Wm. Porter aus St. Louis als Beilage zum St. Louis Medical und Surgical Journal (1878). Beide existirten jedoch nur kurze Zeit.

Die erste Nummer der „Archives of Laryngology“ erschien im März 1880 unter Redaction der Herren Dr. Elsberg, Cohen, Knight und Lefferts. Es war und blieb das einzige Journal in englischer Sprache, welches speciell der Laryngologie gewidmet war. Leider hatte es nur ein relativ kurzes literarisches Leben. Mit Schluss des 4. Jahrganges (1883) hörte es auf zu erscheinen. Die Gründe für diesen Schritt wurden in einem Abschiedsbrief der Herausgeber angegeben und sind theilweise wörtlich in dem Zusatz zu dem „Prospect“ dieses Centralblatts reproducirt worden.

Die „Transactions of the American Laryngological Association“, welchen sämmtliche in dem Jahresmeeting der Gesellschaft zur Verlesung kommende Artikel einverleibt werden, liefern alljährlich eine Reihe laryngologischer Abhandlungen, welche das Beste von vielen Specialisten Amerikas bringen. Sechs Bände sind bereits veröffentlicht worden und zwar jedes Jahr ein Band (1879—1884).

Die vielen, mehr oder weniger ausführlichen Arbeiten über laryngologische Gegenstände, welche hauptsächlich in den letzten Jahren von amerikanischen Autoren veröffentlicht wurden, bedürfen keiner Aufzählung.

Die zeitgenössische journalistische Literatur in den Vereinigten Staaten liefert einen reichlichen Beweis für die fleissige Arbeit der Laryngologen auf ihrem Specialgebiete.

Jedes Jahr wächst die Zahl der laryngologischen Journalartikel in dem Maasse, als die Specialisten sich mehr über das ganze Land verbreiten. Es ist gar nicht ungewöhnlich, dass wir in einem kleinen, relativ unbekannten Blatte des fernen Westens oder des äussersten Südens einen werthvollen Artikel finden. Die an sich schon zahlreichen medicinischen Journale in den Vereinigten Staaten vermehren sich beständig. Nicht wenige freilich sterben an literarischer Inanition, aber leider treten immer neue an ihre Stelle. Gewisse Gegenden, ge-

wisse Gesellschaften, gewisse Collegien und gewisse Individuen gründen aus gewissen persönlichen Gründen ein medicinisches Journal. Manche hiervon bleiben unbekannt und ungelesen von der grossen medicinischen Welt. Die wenigen grossen, weit verbreiteten, gut geleiteten Zeitschriften, welche wir haben, bedürfen keiner Erwähnung. Sie sind unseren Standesgenossen in Europa wohlbekannt. Aber sie sind im Verhältniss zur Masse der journalistischen medicinischen Literatur in den Vereinigten Staaten zu klein.

Die eben gemachten Bemerkungen über den fluctuirenden Character eines grossen Theiles der amerikanischen journalistischen Literatur haben ein directes Interesse für das „Centralblatt". Obwohl nämlich der amerikanische Mitarbeiter desselben zu seiner Verfügung in New-York literarische Bequemlichkeiten hat, wie sie im ganzen Lande unbekannt sind, ausgenommen das „Surgeon General's Office", Washington, so ist es ihm zuweilen doch nicht möglich, jedes der unzähligen (mehr als 200) grossen oder kleinen, guten oder schlechten, indifferenten oder entlegenen medicinischen Journale zu erlangen. So kommt es, dass manch ein Excerpt aus einem Artikel in einem obscuren Blatt in dem sonst vollständigen „Centralblatt" fehlt (v. Erklärung des Dr. Lefferts, Centralblatt, Jahrg. I. No. 6.). Glücklicherweise hat die Erfahrung gelehrt, dass solch ein Verlust in der Regel ein Gewinn für den Leser ist.

Bisher haben wir nur von den Beiträgen gesprochen, welche die Amerikaner in der modernen laryngoscopischen Aera geliefert haben. Es verdienen jedoch auch die praelaryngoscopischen wenigstens ein Wort. Hierzu rechnen wir alle diejenigen Beiträge, welche vor 1860 in Amerika erschienen sind (der erste Bericht in Amerika über das Laryngoscop wurde, wie erwähnt, 1860 publicirt). Die hierher gehörigen praelaryngoscopischen Beiträge waren weder gering noch unwichtig. Manche von sehr frühem Datum, so die von 1650, 1663 und 1736 haben ein lebhaftes Interesse für uns, während die späteren, an Zahl alljährlich wachsend, heut zu Tage zuweilen nur einen geringen Werth haben. Excerpte aus den frühesten amerikanischen Arbeiten findet man in dem fleissig geschriebenen Essay des verstorbenen Dr. Elsberg, ein Denkmal seiner sorgfältigen bibliographischen Forschungen*).

Zur Information für diejenigen unserer Leser, welche den Wunsch haben, die amerikanische Literatur von der frühesten Zeit bis jetzt kennen zu lernen, stellen wir die folgenden Notizen zur Verfügung.

Aus der amerikanischen Literatur über Halskrankheiten, von der frühesten Zeit an (1650), finden sich Auszüge aus den wichtigeren Artikeln in dem eben genannten Essay von Dr. Elsberg. Für die amerikanischen Beiträge vom Jahre 1809 bis 1878 incl., classificirt nach dem Jahr ihres Erscheinens, sind wir wiederum Dr. Elsberg zu Dank verpflichtet (v. Archives of Laryngology, 1879, p. 91—203). 1875 übernahmen die „Quarterly Reports on Laryngology", von Dr. Lefferts für das New-York Medical Journal bearbeitet, die Verpflichtung, eine vollständige Liste sowohl der einheimischen wie der auswärtigen Beiträge zu liefern. Diese „Reports" (v. oben) wurden bis 1880 dem New-York

*) Archives of Laryngology. 1879.

Medical Journal geliefert; dann in dem „Archives of Laryngology“ bis zu dessen Eingehen fortgesetzt (1883). Einige Monate später wurde diese Arbeit, soweit sie die amerikanische Literatur betrifft, wieder von dem amerikanischen Mitarbeiter dieses „Centralblatts“ aufgenommen und bis zum heutigen Tage in letzterem fortgesetzt. — So hat Amerika, Dank dem Eifer einiger seiner Specialisten, eine vollständige Liste seiner Beiträge zu dem allgemeinen Fonds geliefert. Wenn diese Liste für spätere Referatszwecke werthvoll befunden werden sollte, was wir nicht bezweifeln, so ist derZweck dieser kurzen Notizen vollkommen erreicht.

V. Gesellschaften.

Es existiren heut zu Tage drei Organisationen, welche den Specialinteressen der Laryngologie gewidmet sind. in Amerika. Die erste der Zeit ihrer Gründung nach ist die „New-York Laryngological Society“, gegründet am 13. October 1873 „zur Hebung des Studiums der Affectionen des Larynx, Pharynx und der benachbarten Theile“. Sie hat einen Präsidenten, Ehren- und correspondirende Mitglieder. Die Meetings werden im October, Februar, April und Juni jeden Jahres abgehalten. Das Jahresmeeting und die Wahl findet im December statt. Zu ihren Präsidenten haben gehört: Dr. Clinton Wagner, Louis Elsberg, Geo. M. Lefferts, Beverley Robinson und F. H. Bosworth.

„The American Laryngological Association“ wurde in Buffalo, im Staate New-York am 3. Juni 1878 von einer Anzahl Specialisten gegründet. welche beabsichtigten, eine nationale Vereinigung zur Förderung des Specialgebiets der Medicin, das sie besonders interessirte. zu schaffen. Ursprünglich hatte sie 17 Mitglieder. Jetzt gehören zu ihr 48 amerikanische Laryngologen und von auswärtigen 2 Ehren- und 8 correspondirende Mitglieder.

Seit ihrer Gründung hält sie einen „Annual Congress“ jährlich ab (den ersten in New-York City, Juni 1879) und jedes Jahr giebt die Publication eines Bandes ihrer Verhandlungen der medicinischen Welt Gelegenheit, die Natur, die Ausdehnung und den Werth ihrer Jahresarbeiten kennen zu lernen. Die Präsidenten der Gesellschaft waren der Reihe nach: Dr. Louis Elsberg (2 Mal), Dr. J. Solis Cohen, Dr. Frederick J. Knight, Dr. Geo. M. Lefferts, Dr F. H. Bosworth und Dr. E. L. Shurly. Gegenwärtig (1885—86) ist Dr. Harrison Allen Präsident.

„The Philadelphia Laryngological Society“ wurde am 7. Mai 1880 unter dem Präsidium von Dr. J. Solis Cohen organisirt. Sie hat gegenwärtig 10 Mitglieder. Ihre Präsidenten waren der Reihenfolge nach: Dr. J. Solis Cohen (2 Mal), Harrison Allen, C. S. Turnbull, C. E. Sajous und Lewis Jurist. Allmonatlich werden Versammlungen abgehalten, um Abhandlungen über laryngologische Gegenstände vorzulegen und ungewöhnliche Fälle zu demonstriren.

Endlich ist noch der vor drei Jahren gegründeten „American Rhinological Association“ zu gedenken, einer Gesellschaft, die, wie ihr Name besagt, sich die Pflege der Rhinologie zur besonderen Aufgabe gestellt hat, und alljährlich Wanderversammlungen veranstaltet.

II. Referate.

a. Allgemeines, Aeusserer Hals, Instrumente etc.

1) **Brown-Séquard. Ueber eine Art künstlicher Anaesthesie, ohne Schlaf und mit vollständiger Erhaltung der Intelligenz, der willkürlichen Bewegungen, der Stimme und der Tastempfindlichbkeit. (Sur une espèce d'anesthésie artificiale, sans sommeil et avec conservation parfaite de l'intelligence, des mouvements volontaires, des sens et de la sensibilité tactile.)** *Comptes Rendus des séances de l'Académie des sciences. No. 22. S. 1366. Paris 1885.*

B.-S. sagt in einer einleitenden Bemerkung, dass obige Arbeit eine Fortsetzung seiner in den Comptes rendus der Academie vom 28. December 1882 veröffentlichten Untersuchungen bilde. Schon damals hatte er angekündigt, dass unter dem Einfluss eines auf die Larynxschleimhaut ausgeübten Reizes die Schmerzempfindlichkeit mehr oder weniger vollständig in allen Körpertheilen schwinde. Er hatte auch bewiesen, dass diese Erscheinung die Folge eines Hemmungseinflusses ist, der von den oberen Kehlkopfnerven auf die Nervencentren ausgeübt wird, und dass man sie nach Belieben für den ganzen Körper oder für eine Körperhälfte allein hervorrufen kann.

Nach den weiteren Untersuchungen nun, die B.-S. an Affen, Hunden und an anderen Thieren angestellt hat, kommt er zu folgenden Resultaten:

Die Reizung der Schleimhaut des Kehlkopfes löst am sichersten die Analgesie ohne Schlaf aus. Aber auch die Reizung der benachbarten Theile (Trachea, der Stamm des Vagus unterhalb der Abzweigung des Laryngeus superior, und sogar die Haut des Halses), kann mitunter denselben Effect erzielen.

Unter den im Kehlkopf Reiz erzielenden Agentien sind die wirksamsten die Kohlensäure und Chloroformdämpfe, unter der Bedingung, dass sie nicht in die Lungen und von da ins Blut gelangen, da sie dann die Hemmungswirkung der Kehlkopfsnerven verhindern.

12—15 Tropfen (oder mehr, je nach der Grösse des Versuchsthieres) einer 10proc. salzsauren Cocainlösung in das Schleimhautgewebe des Kehlkopfes gespritzt, haben dieselbe Wirkung. Weniger wirksame Reizmittel sind: Galvanisation der Laryngei superiores oder des ganzen Larynx, Aetzen der Schleimhaut, Einführen einer Canüle oder des Fingers, Einschneiden der Trachea und einfache Hautincision vorn oder an den Seiten.

In den verhältnissmässig zahlreichen Fällen, wo der durch den Hautschnitt erzeugte Reiz nicht hinreichte, um allgemeine Analgesie zu erzielen, bemerkt man fast immer, dass wenigstens die Wunde unempfindlich wurde und dass sich die Analgesie von da auf die ganze Nackenregion, die Schultern etc. erstreckte. — Bemerkenswerth ist es, dass dieselben Halsgebilde auch einen Hemmungseinfluss auf die epileptischen Anfälle und die Epilepsie selbst ausüben.

Bei den Thieren, die durch 1, 2 oder mehrere Tage einer Reizung des Kehlkopfes unterzogen worden sind, erzeugt jeder locale Reiz, auf ein Glied oder a

den Rumpf ausgeübt, daselbst Analgesie oder unterhält diese, wenn sie schon zuvor bestand.

Die vor oder während der Analgesie gemachten Wunden behalten die Analgesie bis zur Vernarbung, 8 oder mehr Tage hindurch.

Oft erzeugt die Kehlkopfsirritation eine derartige Analgesie, dass die Thiere, ohne ein Zeichen von Schmerz zu zeigen, die Durchschneidung grosser Nervenstämme, tiefe Verbrennungen etc. vertragen. — Im Allgemeinen betrifft die Analgesie nur die oberflächlichen Körperpartien, und ist sie namentlich beim Affen am ausgesprochensten 15—20 Stunden nach Reizung des Larynx.

Die Tastempfindlichkeit, der Muskelsinn und sonstige Empfindungseindrücke scheinen nicht verändert zu sein.

Was nun die ähnlichen Versuche beim Menschen betrifft, so sind sie hier schwer vorzunehmen, da man die erwähnten Erscheinungen bei Thieren nur dann eintreten sieht, wenn man ihnen durch eine Canüle reine Luft zuführt, indess man auf die Larynxschleimhaut die Kohlensäure und die Chloroformdämpfe einwirken lässt. Als ungenügendes Ersatzmittel kann man beim Menschen in den ersten beiden Dritteln einer jeden Inspiration reine Luft, während des letzten Drittels aber Kohlensäure einathmen lassen, die dann sofort durch die Exspiration ausgestossen werden muss. — In der Regel müssen diese Inhalationen durch 20 Minuten fortgesetzt werden, um 1. eine fast complete Analgesie der Haut, welche 40 Stunden hindurch währt, 2. Aufhören von aus welcher Ursache immer bestehender Schmerzen, und 3. vollkommenes Verschwinden von Ermüdungsgefühl zu erzeugen.

B.-S. resumirt seine Experimente mit dem Satze: Die Irritation der Kehlkopfsschleimhaut kann während einer grossen Zahl von Stunden beim Menschen wie beim Thiere die Schmerzempfindlichkeit verschwinden machen oder herabsetzen ohne Störung des Bewusstseins, der Sinnesempfindungen und der willkürlichen Bewegungen. E. J. MOURE.

2) **Milne Murray** (Edinburgh). **Das Aufhören der Athmung während der Chloroformirung und eine neue Methode zu deren Wiederherstellung. (The cessation of respiration under chloroform and its restoration by a new method.)** *Edinburgh Medical Journal. August-September 1885.*

Es ist schwer, den Werth dieser Arbeit für den Physiologen, Arzt, Chirurgen und Specialisten zu überschätzen, in welcher der Autor die Wirkungen des Chloroforms auf die Athmung der Kaninchen mit musterhafter Genauigkeit aufgezeichnet hat.

Er fasst seine Resultate dahin kurz zusammen:

Bei Kaninchen, die soeben durch Chloroform anästhesirt worden sind, hört die Athmung, je nach dem Modus der Anwendung, auf folgende Weisen auf:

A. Die continuirliche Anwendung concentrirter Dämpfe.

1. Die Respiration zeigt drei Perioden:
   a) eine latente Periode von 2—10 unveränderten Respirationen;
   b) eine Periode vermehrten Umfangs und beschleunigten Rhythmus;
   c) eine Periode verminderten Umfangs und constanten Rhythmus.

2. Dieses letzte Stadium zeigt zwei Arten von Curven; die grössere entsteht vielleicht dadurch, dass zu den normalen Entladungen des Centrums die rapidere Entladung durch das Chloroform hinzutritt.

3. Während dieses Stadiums wird allmälig die Function des Vagus aufgehoben.

4. Entfernt man während des Stadiums der Beschleunigung die Dämpfe, so tritt gewöhnlich Erholung ein; in dem letzten Stadium jedoch verhütet die Entfernung nicht den tödtlichen Ausgang.

B. Die intermittirende Anwendung der concentrirten Dämpfe. Die Respiration kann auf drei verschiedene Weisen aufhören.

1. Bei Experimenten unter zwei Stunden tritt der Stillstand ein, indem der Umfang abnimmt und der Rhythmus constant bleibt.

2. Bei anderen verlangsamt sich die Athmung etwas gegen das Ende hin und zeigt grosse Irregularität.

3. Die Respiration kann plötzlich aufhören, im Allgemeinen dann, wenn man die Dämpfe anwendet, nachdem lange zuvor atmosphärische Luft geathmet wurde.

4. Während der protrahirten Anwendung kann der Luftstrom plötzlich zum Stillstand kommen, während die Respirationsbewegungen fortdauern.

C. Die fortgesetzte Anwendung diluirter Dämpfe wirkt ebenso wie die der concentrirten, nur dass längere Zeit erforderlich ist.

D. Die intermittirende Anwendung diluirter Dämpfe ist gefolgt von einer starken Verlangsamung der Respiration gegen das Ende hin.

E. Blutverlust erzeugt eine irreguläre „wellenförmige“ Respiration.

F. Das Herz wird erst nach der Respiration ergriffen; es leidet weniger, wenn concentrirte Dosen continuirlich, als diluirte intermittirend verabfolgt werden.

Ein sehr interessantes Phänomen wurde gelegentlich während der intermittirenden Verabreichung concentrirter Dämpfe beobachtet. Während die Bewegungen der Brust fortdauerten, war der Luftstrom zum Stillstand gekommen. M. erklärt dies für eine Art von Stottern der Respirationsmuskeln in Folge der Einwirkung des Chloroforms auf das Respirationscentrum, gerade so wie der Alkohol auf das Sprachcentrum einwirkt. In einigen Fällen hatte das Kneipen des Augenlides eine Respiration zur Folge. M. ist daher der Ansicht, dass das Hervorziehen der Zunge oft mehr wie ein Reflexreiz wirkt, als dadurch, dass ein mechanisches Respirationshinderniss beseitigt wird.

Um dieser Arbeit gerecht zu werden, ja selbst um es nur zu versuchen, müsste man sie wörtlich abschreiben. Wir müssen jedoch jetzt zu den wichtigsten practischen Folgerungen übergehen. M. fand, dass bei weitem der beste Weg zur Widerbelebung der Thiere der war, zunächst das Chloroform aus den Lungen mittelst sanfter Aspiration auszusaugen. Er braucht dazu eine verzweigte Röhre, durch welche die Luft einströmt, während die Aufsaugung gemacht wird. Beim Menschen räth er, ein catheterähnliches Instrument mit conischem Hals in die Trachea einzuführen. Sobald der Hals dicht in der Glottis steht, werden sanfte Saugungen mit dem Munde gemacht. „Nach jeder Inspiration wird der Mund von der Sonde zurückgezogen, damit die Lungen sich beim Zurückweichen

mit reiner Luft füllen können. Ist dies verschiedene Male wiederholt worden dann soll die Sonde langsam zurückgezogen werden, um den Hals von der Glottis zu entfernen; alsdann soll der Process des Durchblasens begonnen werden, indem man tiefe und kräftige Inspirationen macht. Die Luft wird von der Seite der Sonde in die Trachea einströmen; es wird eine Strömung hergestellt, welche die Luft in die Lungen einführt und die Dämpfe herausbefördert. So lange ein deutlicher Chloroformgeruch die herabströmende Luft begleitet, so lange muss der Process fortgesetzt werden, vorausgesetzt, dass die natürliche Athmung nicht wiederkehrt. Sobald alle Anzeichen für die Gegenwart des Chloroforms in den Lungen geschwunden sind, dann mag man die Aufblähung der Lungen beginnen, indem man entweder Luft durch die Sonde eintreibt, oder nach der Methode von Marshall Hall oder Sylvester. Ich möchte annehmen, dass sehr häufig sich die natürlichen Anstrengungen zeigen werden, bevor dies nothwendig wäre."

M'BRIDE.

3) **Gustav Laguesse. Untersuchungen über die embryonale Entwickelung des Epithels in den Luftwegen. (Recherches sur le developpement embryonnaire de l'épithélium dans les voies aeriennes.)** *Thèse. Paris. 7. November 1885.* A. Parent.

Obige histologische Arbeit, hervorgegangen aus Pouchet's Laboratorium für zoologische Histologie, de l'Ecole des hautes études, hat zum Zweck, die embryonale Entwickelung des Flimmerepithels der Luftwege zu studiren, den Zeitpunkt und die Art dieser Entwickelung genau zu bestimmen und zu sehen, ob der Vorgang an den anderen Schleimhäuten mit Flimmerbedeckung bei verschiedenen Typen der Wirbelthiere derselbe ist.

Im 1. Capitel wird kurz die Epithelbekleidung beim Erwachsenen beschrieben.

Das 2. Capitel bespricht die Bildung der Luftwege, um daselbst die wichtige Rolle der epithelialen Keimblätter zu zeigen.

Im 3. und 4. Capitel wird die ursprüngliche Auskleidung und das später sich entwickelnde Flimmerepithel der Nasenhöhle besprochen.

Im 5. und 6. Abschnitt findet die Auskleidung der Nebenhöhlen der Nase, der Nasenrachenhöhle, des Kehlkopfes, der Trachea und der Bronchien eine eingehende Besprechung.

Die mit grossem Fleisse ausgeführte Arbeit enthält zwei Tafeln mit vielen Figuren, die das Epithel der Nase beim Embryo des Schafes in verschiedenen Stadien der Entwickelung veranschaulichen.

E. J. MOURE.

4) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Klinische Fälle von Hals- und Nasenkrankheiten. (Clinical cases of diseases of the throat and nose.)** *Edinburgh Medical Journal. October 1885.*

Der Artikel enthält wenig Neues für den Specialisten. Die Titelangabe jedes Falles genügt, um den Inhalt zu erkennen: 1. Einkeilung eines Fremdkörpers im Sinus pyriformis. 2. Hämorrhagie nach einer Tonsillotomie, vom Autor mit Recht darauf zurückgeführt, dass bald nach der Operation eine Tasse heissen Thees getrunken wurde. 3. Fall von Lupus des Larynx, welcher die Tracheotomie erforderte. 4. Behandlung der acuten Tonsillitis; es werden Scari-

fícationen empfohlen. 5. Perforirendes Ulcus des Septum narium. Wir bemerken hierbei gelegentlich, dass der Autor im Irrthum ist, wenn er schreibt, dass eine solche Perforation „wahrscheinlich immer“ ein Symptom tertiärer Syphilis sei. Wir glauben, dass gegenwärtig die meisten Specialisten solche Fälle für verdächtig, aber durchaus nicht für pathognostisch für Syphilis halten. M'BRIDE.

5) **Georges Boehler. Kritische Studie über die Angina Ludovici. (Etude critique sur l'angine de Ludwig.)** *Thèse de Paris. Juli 1885.*

B. führt in chronologischer Reihenfolge 35 Fälle von Ludwig's Angina, die er in der Literatur, vom Jahre 1835 angefangen, finden konnte, mit den näheren Details an. An der Hand dieser Fälle sucht er die von Ludwig 1836 ausgesprochene Ansicht, dass es eine besondere typisch auftretende infectiöse Erkrankung des tiefen Zellgewebes des Halses gebe, zu bekämpfen. — Nach B. ist die Angina Ludovici keine besondere primäre Affection, die sich durch ihre klinischen oder anatomischen Eigenschaften von den anderen entzündlichen Processen am Halse unterscheidet. Es handle sich vielmehr in allen diesen Fällen um eine secundäre gangränöse Phlegmone, für welche man immer einen Ursprungsherd in der Nachbarschaft finden könne. — Es möge daher die Bezeichnung „Angina Ludovici“ aus der Nomenclatur der Entzündungen am Halse gestrichen werden, da sie überflüssig und nur angethan sei, Verwirrung zu stiften

E. J. MOURE.

6) **A. Dubrueil** (Montpellier). **Halsgeschwulst. Sarcom der Speiseröhre. (Tumeur du cou. Sarcome de l'oesophage.)** *Gaz. méd. de Paris. No. 24. 13. Juni 1885.*

Nach den Symptomen, die der Fall darbot, glaubte D. es mit einem von einem Querfortsatz der Halswirbel ausgehenden Tumor zu thun zu haben, und dachte, dass ein Fortsatz desselben die Speiseröhre comprimire.

Den drängenden Bitten des Patienten nachgebend, entschloss er sich, trotz der ganz unsicheren Diagnose zu operiren, musste aber die Operation nach Exstirpation eines Theiles des Neoplasmas und nachdem er die Jugularis interna eröffnet hatte, unterbrechen. Der Kranke starb an Septicämie. Der Tumor erwies sich als Sarcom eines Halsganglions. das nur an der Jugularis interna adhärirte. Das mittlere Drittel des Oesophagus war sarcomatös entartet.

D. macht sich nicht vom moralischen, wohl aber vom chirurgischen Standpunkte aus den Vorwurf, bei so zweifelhafter Diagnose operirt zu haben.

E. J. MOURE.

7) **A. Fränkel** (Wien). **Zur Histiologie, Aetiologie und Therapie der Lymphomata colli.** *Zeitschrift für Heilkunde. Prag. VI. Bd. II. u. III. Heft. 1885.*

F. berücksichtigt besonders die tuberculösen Lymphome und weist nach, dass das körnige Lymphom, die Drüsenscropheln und die eigentliche Drüsentuberculose ein und derselbe Process sind, da in allen diesen Fällen die Drüsen Riesenzellen und Tuberkelbacillen enthielten. Näher geht er ein auf die Natur der Riesenzellen und zeigt, dass nach seinen Schnittserien die Riesenzellen Zellencomplexe darstellen, welche aus einer bindegewebigen, von spindelförmigen Zellen gebildeten Wand und einer endothelialen Auskleidung bestehen. Sie gehen offenbar aus Blutcapillaren hervor, in denen in Folge der Reizung durch hinein-

geschwemmte Tuberkelbacillen das Endothel zu wuchern anfängt und schliesslich das Lumen verlegt. Bemerkenswerth ist, dass nur in 10 pCt. bei Lymphomata tuberculosa colli Lungentuberculose nachgewiesen werden konnte. Als beste Behandlung empfiehlt F. die Exstirpation. Von 128 Operirten starben nur 4; es genasen völlig 24 pCt.; 18 pCt. hatten Recidive; von den anderen fehlen genaue Angaben. Alle diese Operationen wurden auf Billroth's Klinik ausgeführt.

CHIARI.

8) **Percy Boulton** (London). **Ein Fall von Lymphadenom. (A case of Hodgkin's disease.)** Mit Abbildung. *Brit. Med. Journal. 12. December 1885.*

Die Patientin war ein 19jähriges Mädchen, dass seit 7 Jahren an Drüsenschwellungen am Halse gelitten hatte. Das Leiden war auf die Drüsen des Halses beschränkt. Die Anzahl der weissen Blutkörperchen war nicht vermehrt. Unter Einreibungen mit Jodkaliumsalbe, Aufenthalt an der See und dem Gebrauche folgender Pillen: Rep. Phospori 0,002, Strychniae 0,002, Acidi arsenicosi 0,003, Ferri reducti 0,25. M. f. pil. Eine Pille dreimal täglich — ging die Anschwellung zurück. Der Autor discutirt dann die Frage, warum er das Leiden als „Lymphadenom" und nicht als einfaches „Lymphom" bezeichnet habe. Hinsichtlich der bezüglichen Ausführungen muss auf das Original verwiesen werden.

SEMON.

9) **R. Jaksch** (Prag). **Ein Beitrag zur Entwickelung der cystischen Geschwülste am Halse.** *Zeitschrift für Heilkunde. VI. Bd. II. und III. Heft. Prag, 1885.*

J. untersuchte eine aus mehreren, von einander abgegrenzten Tumoren bestehende Geschwulst an der linken Halsseite eines Mädchens. Dieselbe hatte sich aus Lymphdrüsen durch cystische Degeneration entwickelt, und zwar nicht in Folge von Lymphstauung, sondern in Folge secernirender Thätigkeit grosser, das Lymphdrüsengewebe ersetzender Zellen. Die näheren, sehr interessanten Details sind im Originale nachzulesen.

CHIARI.

10) **Hiclet. Tiefe Lymphdrüsenphlegmone unterhalb des Zungenbeins mit Durchbruch des Abscesses in den Pharynx. Erysipelas. (Adénophlegmon profond sus-hyoïdien suppuré. Ouverture de l'abcès dans le pharynx. Erysipèle.)** *Archives médicales Belges. Juillet 1885.*

Die Ursache der Phlegmone war eine Ranula, durch welche man ein Rosshaarseil gezogen hatte, um sie zur Verheilung zu bringen. Obgleich sich der Abscess einen spontanen Weg in den Pharynx gebahnt hatte, mussten noch ein Paar künstliche Eröffnungen von aussen vorgenommen werden, hauptsächlich eine unten auf der Trachea, von wo aus mit der Hohlsonde auf den Eiterherd vorgedrungen wurde. Schliesslich kam noch Erisypelas dazu. Patient genas. Obgleich heftige Athmungsbeschwerden bestanden hatten, ist von einer laryngoscopischen Untersuchung keine Rede.

BAYER.

11) **Tillaux** (Paris). **Ein Fall von Chondrom der Parotis. (Un cas de chondrome de la parotide.)** *Gaz. de hôpit. No. 142. 8. December 1885.*

Vorstellung und Operation des Falles im Hôtel-Dieu. Das mikroscopische Examen ergab, dass das Chondrom fast vollständig eine schleimige Degeneration eingegangen hatte,

E. J. MOURE.

12) **Stokes** (Dublin). **Selbstmordswunde des Halses. (Suicidal wound in the throat.)** *Dublin Journal of Med. Science. August 1885.*

Demonstration des Präparats vor der pathologischen Section der Academy of Medicine in Ireland am 17. April 1885. Bemerkenswerth nur 1) die ausserordentliche Grösse der mit einem kleinen Federmesser beigebrachten Wunde, ohne dass die grossen Gefässe des Halses verletzt worden wären; 2) die vermuthliche Todesursache: nicht Hämorrhagie, sondern Asphyxie in Folge davon, dass die niedergesunkene Epiglottis den Kehlkopf verschloss; 3) der plötzliche Eintritt und die Intensität der Todtenstarre. — In der Discussion wurde von Mr. Foy ein ähnlicher Fall erwähnt.

SEMON.

13) **V. Lange** (Kopenhagen). **Aus meinem Instrumentarium.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1885.*

Zur Beseitigung mancher Ohrpolypen und deren Resten sowie flacher Granulationen empfiehlt Verf. eine Ringpincette, welche vorne zwei kleine, innen schneidende Ringe trägt; von 10proc. Cocainlösung sah Verf. keine günstigen Resultate. Zur Entfernung sehr kleiner Polypenreste construirte Verf. ein zangenförmiges Instrument, das in kleine scharfe Löffel endet und durch den gewöhnlichen Ohrtrichter hindurch eingeführt werden kann, ohne die Inspection zu hindern. Ein drittes Instrument, eine Art Bohrer oder Schraube dient zur Entfernung von Fremdkörpern im Ohre; ferner construirte Verf. Lanzen mit winklig gebogener Spitze zur Perforation des Trommelfells, einen Nasentrichter aus Hartkautschuk für die Rhinoscopia anterior, einen Dilatator mit einer Branche zum Abziehen des Nasenflügels, ferner einen zweckmässig gekrümmten Nasenpolypenschnürer. Zur Entfernung kleinerer, mit der Schlinge nicht fassbarer Polypen, Fremdkörper, Sequester verwendete Verf. eine der Schäffer-schen ähnliche Ringzange; den Purch'schen Zungenspatel hat er zweckmässig modificirt, ebenso sein früher beschriebenes Ringmesser zur Entfernung der adenoiden Vegetationen. In seiner jetzigen Form repräsentirt dasselbe eine seitlich schneidende, passend gekrümmte oval-biscuitförmige Curette, die sich nach des Verf. Ansicht besonders zur Abtragung platter und breitaufsitzender Wucherungen vorzüglich eignet.

SCHECH.

14) **A. Hodgkinson** (Manchester). **Ein neuer Spray-Apparat zur Inhalation. (A new spray-apparatus for inhalation.)** *Brit. Med. Journ. 14. Novbr. 1885 und 16 Jan. 1886.*

Der Erfinder beschreibt den recht ingeniösen Apparat, welchem er grosse Acuratesse in der Application und Oeconomie im Verbrauch der verwandten medicamentösen Flüssigkeiten nachrühmt, ausführlich in einem Briefe an den Redacteur des Brit. Med. Journal. Eine zweite Beschreibung, begleitet von einer instructiven Abbildung, findet sich in der Nummer des Brit. Med. Journ. vom 16. Januar 1886. Der Apparat ist von Mr. Midgley, St. Ann's Square, Manchester, zu beziehen.

SEMON.

15) **Désarènes** (Paris). **Eine Modification der Dampfinhalationsapparate. (Modification aux pulvérisateurs à vapeur.)** *Journal de médecine de Paris. No. 16. 18. October 1885.*

Die Modification besteht darin, dass das Gefäss für die medicamentöse

Flüssigkeit sich über dem kleinen Dampfkessel befindet und dass dieselbe mittelst eines automatisch wirkenden Saughebers nach abwärts, gegenüber der Ausströmöffnung des Dampfkessels gebracht wird. Ein am Heber angebrachter Hahn regulirt die Menge der zu zerstäubenden Flüssigkeit. Der Vortheil besteht darin, dass ein vollständiges Zerstäuben der Flüssigkeit durch verhältnissmässig wenig Dampf statt hat und dass die angewendete Lösung nicht zu sehr verdünnt wird. Der Saugheber ist an allen Dampfinhalatoren leicht anzubringen. E. J. MOURE.

16) **V. Grazzi** (Florenz). **Otoscopie und Laryngoscopie. (Otoscopia e laringoscopia.)** *Raccoglitore medico. No. 8—9. 1885.*

Elementare Auseinandersetzungen. Beschreibung einer Modification des Cadier'schen Beleuchtungsapparats. KURZ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **A. Buchalow** (Kasan). **Ein Beitrag zur Microchemie der Geruchsorgane.** *Petersburger med. Wochenschrift. No. 35. 1885.*

B. hatte Schnitte von der in Alcohol gehärteten Riechmembran in einer Mischung von Saffran und Methylgrün gefärbt und gefunden, dass sich die Kerne der Riechzellen röthlich-violett, die Kerne der Epithelzellen dagegen himmelblau färbten. Unter einander zeigten alle Kerne der Riechzellen keinen Unterschied in der Färbung, wie bei Anwendung der erwähnten Mischung, so auch bei anderen Färbemitteln. Dieses könnte nach B. auf die Identität ihres chemischen oder moleculären Baues, d. h. auf die Identität ihrer Functionen hinweisen. Ebenso zeigten die verschiedenen Nervenzellen des Bulb. olfact. ein verschiedenartiges Verhalten gegen die oben genannten Färbemittel. Die grossen, mit Fortsätzen versehenen Zellen und ihre Kerne färbten sich stark roth, die Kerne der runden Zellen dagegen bläulich-violett bei farblosem Protoplasma. LUNIN.

18) **Paulsen. Ueber die Richtung des Einathmungsstromes in der Nase.** *Mittheilungen f. den Verein schleswig-holstein. Aerzte. 10. Heft. 7. Stück. 15. März 1885.*

Das Original war dem Referenten nicht zugänglich, doch scheint der Inhalt der Arbeit identisch zu sein mit dem der schon früher erschienenen „Experimentellen Untersuchungen über die Strömung der Luft in der Nasenhöhle (Sitzungsber. d. k. Acad. d. Wissensch. in Wien, Bd. 85. April 1882) des gleichen Autors. SCHECH.

19) **Lavrand** (Lille). **Ueber die locale Behandlung der Epistaxis. (Du traitement local de l'épistaxis.)** *Journal des scienc. méd. de Lille. No. 19. 5. Octobre 1885.*

L. beschreibt 3 Fälle von Nasenbluten. Der 1. Fall ist interessant, da er ein Mädchen betraf, dessen zwei Schwestern an den Folgen habituellen Nasenblutens gestorben waren. L. constatirte an der lateralen Wand der beiden Nasenlöcher und später auch am Septum in der Höhe der unteren Nasenmuscheln kleine Ulcerationen, die er ätzte, worauf das regelmässige Nasenbluten aufhörte.

Im 2. Falle wurde ein bei dem Catheterismus der Ohrtrompete erzeugtes

Nasenbluten durch einen in eine wässrige Antipyrinlösung (1:30) getauchten Tampon zum Stillstande gebracht.

In derselben Weise wurde auch die Epistaxis bei einer an Purpura haemorrhagica leidenden 29jährigen schwangeren Frau gestillt, bei welcher nachträglich kleinere Ulcerationen am Septum und an den unteren Nasenmuscheln (scrofulöser Natur?) entdeckt wurden.

Der rhinoscopische Befund ist in allen drei Fällen unklar wiedergegeben.

E. J. MOURE.

20) **M. H. O'Daniel** (Milledgeville Ga.). **Cocain gegen Heufieber. (Cocaine in hay-fever.)** *Atlanta Med. & Surg. Journal. December 1885.*

Der Autor giebt dem Cocain den ersten Rang unter den Heilmitteln gegen Heufieber.

LEFFERTS.

21) **M. Fronstein** (Moskau). **Ein Fall von circumscriptem Oedem der Nasenschleimhaut. (Slutschai organitschen nawo oteka slisistoi obolotschki nosa.)** *Russ. med. No. 6. 1885.*

Bei einer Patientin, der F. vor 5 Jahren einen Polyp aus der linken Nasenhälfte entfernt hatte und die sich wieder wegen Verlegung des linken Nasenlochs an ihn wandte, fand F. eine weiche Neubildung, die von der mittleren Muschel auszugehen schien und das Nasenloch vollkommen verlegte. Bei einer genaueren Untersuchung der Patientin fand F. Oedem der Hände, der Füsse und des Gesichts, welches von einer Insufficienz der Valv. tricuspidalis abzuhängen schien. Unter dem Gebrauche von Digitalis schwand mit den übrigen Oedemen auch allmählich die Geschwulst in der Nase, so dass Verf. sich für berechtigt hält, die Geschwulst als ein locales Oedem der Nasenschleimhaut aufzufassen.

LUNIN.

22) **Charles H. Burnett** (Philadelphia). **Die Beziehungen des chronischen Mittelohrcatarrhs zur chronischen Rhinitis. (The relation between chronic otitis media catarrhalis and chronic rhinitis.)** *The Medical News. Vol. XLVII. No. 4. p. 85. 25. Juli 1885.*

Der chronische Mittelohrcatarrh ist ausnahmslos mit irgend einer Form der chronischen Rhinitis vergesellschaftet. Er ist entweder hypertrophischen oder atrophischen Characters, je nach der Natur der Nasenkrankheit, von der er abhängig ist. Es ist indessen aber ganz zweifellos, dass nicht alle Fälle von chronischer Rhinitis einen chronischen Ohrencatarrh erzeugen. Unter den zuletzt vom Verf. behandelten 55 Fällen waren 47 hypertrophischer Natur und 8 gehörten der anderen Varietät an. Die Symptome des Ohres sind bei jenen viel weniger ausgesprochen als bei den letzteren. Hier beobachtet man oft neben einem ungewöhnlichen und oft excessiven Vorstehen der Tuba Eustachii Ohrgeräusche, wie Hämmern und Sägen, eine schwere Form, die mit der Neigung zum Brechen und Schwindel verbunden ist. In allen den betrachteten Fällen muss die locale Behandlung, wenn sie von Nutzen sein soll, hauptsächlich auf die Nase gerichtet werden, und zwar muss sie bei der hypertrophischen Form reinigend und adstringirend, bei der atrophischen reinigend und stimulirend sein. Zum Reinigen empfiehlt sich Dobell's Lösung in dem schwächsten Grade, oder eine Salzlösung,

jedoch nicht stärker als 2,75:500 Aq. mit Rücksicht auf ihren Einfluss auf den Geruchsinn. Unter den Adstringentien werden erwähnt Zincum jod. und carbol. und zwar 0,27:30 Aq., dazu 8,0 Listerine. Bei den verdickten, chronischen, hypertrophischen Formen wird die Einführung eines Tampons mittelst Tamponhalters auf die unteren Nasenmuscheln empfohlen: Rep. Jod. cryst. 0,48, Kalii jod. 2,0, Glycer 16,0. Mit Vermeidung der unteren, sensitiven Partien können diese Applicationen bis in den Pharynx hineingeschoben werden. Entstehen hierbei heftige Schmerzen, so beseitigt man sie durch einen Spray mit flüssigem Connolin. Was die atrophischen Formen betrifft, so hat man zunächst durch einen erweichenden Spray die Krusten zu entfernen und hierauf die Schleimhaut stimulirend zu behandeln mittelst Arg. nitr., jedoch nicht stärker als 0,3:30 Aq. zu verwenden. Die Zustände im Halse hält B. für weniger wichtig, man soll ihnen jedoch die nöthige Aufmerksamkeit zuwenden. Beim Gebrauch des Galvanocauters in der Nase ist Vorsicht zu empfehlen, da jüngst zwei Fälle von Otitis med. acuta beobachtet wurden, welche der Application desselben folgten.

LEFFERTS.

23) **Ziem** (Danzig). **Ueber die Bedeutung der Zahnkrankheiten für die Entstehung von Nasenleiden.** *Allgemeine med. Central-Zeitung. No. 70. 1885.*

Zahnkrankheiten können zur Entstehung von Krankheiten und Abnormitäten der Nasenhöhle und ihrer Sinus, besonders der Kieferhöhle, Anlass geben, einmal durch Erregung einer reflectorischen Anschwellung des cavernösen Gewebes, ferner durch Erregung einer Eiterung in Kiefer- und Nasenhöhle, endlich durch die Folgezustände von Wachsthumsanomalien und Geschwulstbildungen der Zähne. Verf. betont mit Recht, dass man vor allen Dingen die Ursache einer Krankheit aufsuchen müsse und nicht gleich all zu energisch vorgehen dürfe, wie dies heut zu Tage vielfach mit der Zerstörung der nasalen Schwellkörper geschehe; Verstopfungen der Nase, einseitige und doppelseitige, hätten nicht gar selten ihren Grund in Caries der Zähne des Oberkiefers, zuweilen auch des Unterkiefers. Durch die Erkrankung des Zahnes oder des Periostes, so z. B. durch eine Wurzelentzündung, würde das Ganglion sphenopalatinum, der Nervus maxillaris sup. gereizt, was Hyperämie der Gaumen- und Nasenschleimhaut, des Zahnfleisches, der Lippen und der Wangen, sowie vermehrte Schleimabsonderung und Temperaturerhöhung in der Nase hervorbringt. So heilte Verf. zwei Kranke mit periodisch auftretender Röthung der Nasenhaut und Zuschwellung der einen Nasenhälfte nur durch Extraction cariöser Zähne. Schmerzhaft brauchen die letzteren nicht zu sein; bei circumscripter Caries empfiehlt sich die sorgfältige Plombirung, bei starker Zerstörung die Extraction.

SCHECH.

24) **Ziem** (Danzig). **Ueber die Beziehungen zwischen Nasen- und Zahnkrankheiten.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No 12. 1885.*

Mittheilung eines Falles von reflectorischer Schwellung der Nasenschleimhaut in Folge von Knochenhautentzündung eines Zahnes, ferner mehrerer Fälle von Zahnschmerz nach Cauterisation und Druck der unteren Muschel; Verf. erklärt denselben aus der collateralen Fluxion nach der Kieferhöhlenschleimhaut,

besonders wenn die letztere schon erkrankt ist, wie dies bei einigen der erwähnten Kranken der Fall war. SCHECH.

25) **Ziem** (Danzig). **Ueber die Abhängigkeit der Enuresis nocturna von Nasenobstruction.** *Allgemeine med. Central-Zeitung. No. 64. 1885.*

Mittheilung zweier hierhergehöriger Fälle. Verf. findet den Grund in einer Kohlensäureintoxication in Folge mangelhafter Mundathmung; bei der Athmung durch die Nase sei der In- und Exspirationsdruck stets grösser, auch habe Ludwig gefunden, dass der Gaswechsel bei Mundathmung in keinem Falle grösser sei als bei Nasenathmung. Wenn bei längerer Mundathmung der Gaswechsel erheblich beschränkt sein muss, so dürfte die hierbei entstehende Erscheinung der Enuresis nocturna eine vollkommene Analogie finden in der unfreiwilligen Harn- und Kothentleerung erstickender Thiere. SCHECH.

26) **U. R. Gordon. Chronische Conjunctivitis, bedingt durch Erkrankung der intranasalen Gewebe. (Chronic conjunctivitis dependant upon disease of the intra-nasal tissues.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 14. Nov. 1885.*

Die Erfahrung hat den Autor gelehrt, dass ein Reiz, welcher die Conjunctiva trifft, auf die Nasenschleimhaut reflectorisch wirken kann und umgekehrt. Die Vermittlung geschieht durch das vasomotorische Nervensystem. Erkrankt das intranasale Gewebe, so ist es gewöhnlich eine chronische Rhinitis hypertrophischen Characters. Die Erkrankung der Conjunctiva tritt als chronische Entzündung der Conjunctiva und der damit zusammenhängenden Gewebe auf, begleitet von einer zunehmenden Verdickung der Schleimhaut, insbesondere der Pars palpebralis, welche leicht rauh erscheint und das Ansehen einer milden Form von Trachom darbietet. Die Augenlidknorpel, die Meibom'schen Drüsen und die Ciliardrüsen sind mehr oder weniger dabei betheiligt, wobei Thränenträufeln und Lichtscheu sich zeigt.

Die Fälle haben gewöhnlich einen chronischen Character und ihre erfolgreiche Behandlung hängt von einer geeigneten Behandlung der Nasenwege ab. LEFFERTS.

27) **Anderson Critchett** (London). **Essentielle Schrumpfung (Pemphigus) der Conjunctiva. (Essential shrinking of the conjunctiva.)** *Brit. Medical Journal. 19. December 1885.*

Des höchst merkwürdigen und obscuren Falles, den C. unter diesem Namen am 10. December vor die Ophthalmologische Gesellschaft brachte, wird hier seines rhinologischen Interesses wegen Erwähnung gethan.

Im September 1884 consultirte nämlich den Referenten ein 52jähriger Pächter wegen muco-purulenten, sehr häufig blutigen Ausflusses aus dem rechten Nasenloch mit Verstopfung der rechten Nasenhälfte. Er war 10 Jahre früher syphilitisch gewesen, hatte aber keine secundären Erscheinungen gehabt. Ausser oberflächlicher Erosion der Nasenschleimhaut liess sich absolut nichts Krankhaftes ermitteln, namentlich keine Knochen- und Knorpelaffection, obwohl auf solche durch Inspection und Sondirung speciell untersucht wurde. Fötor war nie vorhanden. Weder constitutionelle antisyphilitische noch locale Behandlung der verschiedensten Art brachte irgend welche Besserung; im

Gegentheil: allmälig fing die linke Nasenhälfte an, ähnlich zu leiden. Die Herren Butlin und Walsham, welche den Patienten zu wiederholten Malen in Consultation mit dem Referenten sahen, vermochten ebensowenig wie dieser zu einer bestimmten Entscheidung über die Natur des vorliegenden Leidens zu kommen, neigten sich aber mit ihm, trotz mangelnder positiver Beweise der Ansicht zu, dass es sich um eine syphilitische Affection der Nasenschleimhaut handle. Eines Tages erschien der Patient, der bereits seit Wochen Jodkalium in grossen Dosen genommen hatte und das Mittel anscheinend vorzüglich vertrug, in sehr alarmirendem Zustande in der Wohnung des Referenten: von der Nase ausgehend zeigte sich starke erysipelatöse Röthung und Schwellung der benachbarten Gesichtspartien, die Augen waren verschwollen, aus der Nase erfolgte constant Absonderung einer ichorösen, die Haut der Oberlippe erodirenden Flüssigkeit, auf der Oberlippe und dieselbe theilweise umfassend, befand sich eine grosse weisse Blase, mehrere kleinere Blasen zeigten sich an verschiedenen Theilen des Gesichts. Alle diese Erscheinungen waren angeblich plötzlich am Abend des verhergehenden Tages unter leichten Fiebererscheinungen aufgetreten. Der Gedanke an chronischen, ins acute Stadium übergehenden Rotz schien nicht ganz abzuweisen, zumal da Patient viel mit Pferden zu thun hatte; doch wurde es für wahrscheinlicher gehalten, dass es sich um eine bullöse Jodkaliumeruption handle. Mit dem Aussetzen des Medicaments gingen denn auch alle zuletzt genannten Erscheinungen zurück, während die erst genannten weiter bestanden. Zu ihnen gesellten sich nach einiger Zeit gelegentlich auftretende und bald wieder verschwindende kleine serpiginöse Geschwüre am Gaumen, ein serpiginöser, Psoriasis-ähnlicher Ausschlag auf den Handtellern und im Juni 1885 Thränenträufeln und Conjunctivitis auf dem rechten Auge. Da letztere nicht nur jeder Behandlung trotzte, sondern rasch an Intensität zunahm, consultirte der Referent seinen Collegen, Mr. Nettleship, der mit ihm darin übereinstimmte, dass das Augenleiden nur ein Weiterkriechen des nasalen Processes durch den Ductus naso-lacrymalis repräsentire und der ebenfalls die ganze Affection für syphilitisch hielt. Quecksilber und Jodkalium wurden aufs Neue, sowohl allein wie in den verschiedensten Combinationen versucht, aber wiederum ganz ohne Erfolg. Das Augenleiden schritt immer weiter. Der untere Cul-de-sac des rechten Auges wurde partiell obliterirt, in der Conjunctiva des oberen Lides zeigten sich, dem freien Rand parallel, Narben. Der Patient begab sich in Mr. Critchett's Behandlung, der aber ebenfalls dem Weitergreifen des Uebels nicht zu steuern vermochte. Während das rechte Auge fast vollständig erblindete, zeigte sich im August 1885 der Beginn des Leidens auch auf dem linken Auge. Beide Augenlider des rechten Auges waren verdickt und adhärirten theilweise dem Augapfel. Beide Culs-de-sac waren obliterirt und, obwohl die Bewegungen des Augapfels ziemlich frei waren, so bewegten sich die Lider stets gleichzeitig mit ihm. Die Augenbrauen waren nach innen geschlagen, die Cornea opak und gefässreich. Der Beginn ähnlicher Veränderungen zeigte sich am linken Auge, obwohl die Sehkraft noch ziemlich gut war. Nirgendswo am Körper waren Anzeichen von Pemphigus zu entdecken und Mr. Critchett sprach

seine Ansicht dahin aus, dass die Affection keine Beziehungen zu Pemphigus habe, sondern eine „essentielle Schrumpfung der Conjunctiva“ darstelle, ähnlich der von Gräfe (Archiv für Ophthalm. Vol. XXIV.) und von Bäumler (Monatsblätter, August 1885.) beschriebenen. [Damit ist freilich die Natur des Nasenleidens, das. wie der Patient dem Referenten gelegentlich der Demonstration mittheilte, seit Juni 1885 anscheinend stationär geblieben ist, nicht aufgeklärt. Ref.]

Die Discussion, in der der Referent zuerst den Verlauf des Leidens in der oben beschriebenen Weise schilderte, und an der die Herren Lang, Juler, Nettleship und Malcolm Morris theilnahmen, drehte sich fast ausschliesslich um die Frage, ob das Augenleiden als „Pemphigus“ zu bezeichnen sei. Eine Einigung hierüber wurde nicht erzielt.

Der Fall ist hier so ausführlich in der Hoffnung mitgetheilt worden, dass vielleicht einer der Leser des Centralblatts Licht auf die völlig dunkle rhinologische Seite der Frage zu werfen vermag. Der Referent wird für bezügliche Mittheilungen sehr dankbar sein. SEMON.

28) **A. Cartaz** (Paris). **Ueber Reflexneurosen der Nase. (Des névroses réflexes d'origine nasale.)** *France méd. No. 89 u. 90. 1. u. 4. August 1885.*

Der Autor erwähnt in Kürze die Arbeiten von John Mackenzie, Hack, Seiler, Sommerbrodt, Daly über diesen Gegenstand und bringt fünf neue Beobachtungen. Der erste Fall betraf eine junge Frau mit Nieskrämpfen, die beim Schneuzen oder beim Riechen starker Parfums auftraten. Beim Untersuchen der Nase mit der Sonde trat Krampf der Extremitäten, Blässe des Gesichts und Thränenfluss auf. Mit Hilfe von Cocain wurde die Untersuchung möglich und eine am hinteren Theile der unteren Muschel sitzende Ulceration geätzt. Nachdem auch noch die hypertrophische Schleimhaut leicht mit dem Galvanocauter geätzt worden war, trat Heilung obiger Nieskrämpfe auf.

Im 2. Falle wurden Hustenanfälle durch Entfernung eines Nasenpolypen beseitigt. — Im 3. Falle bestanden Niesanfälle und ein Erstickungsgefühl ohne deutliche Erkrankung der Nase. Doch brachten Cocaineinpinselungen vorübergehende Besserung.

Der 4. und 5. Fall sind Fälle von Heufieber mit negativem Befund.

Um eine Nasenreflexneurose mit Sicherheit diagnosticiren zu können, empfiehlt sich die Cocaineinpinselung.

C. meint, dass nicht nur Schwellungszustände der Schleimhaut, wie Hack und Sommerbrodt behaupten, sondern welche Erkrankung der Nase immer zu Reflexneurosen Anlass geben können, eine Ansicht, die schon von Roth [und vor allen zuerst von B. Frännkel. Red.] ausgesprochen wurde. E. J. MOURE.

29) **J. Baratoux** (Paris). **Reflexneurosen in Folge von Nasenkrankheiten. (Delle nevrosi riflesse determinate dalle malattie nasali.)** *Bolletino delle malattie dell' orecchio etc. No. 1. 1886.*

Gegenüber der Anschauung, dass die Nasenmuscheln der Sitz einer sensitiven Zone seien, durch welche die bekannten Reflexerscheinungen hervorgerufen werden, hat B. gefunden, dass diese Zone am hinteren Theil des Septum

ihren Sitz hat. Bei einer gewissen Anzahl von Personen genügte die Berührung dieser Partie, um Husten, Niesen und Dyspnoe hervorzurufen, während die Berührung der Muscheln resultatlos blieb. Ebenso verhielt es sich auch in einem Fall von Atrophie der unteren und mittleren Muscheln, in welchem die genannten Reflexerscheinungen bestanden und durch Berührung des Septums willkürlich hervorgerufen werden konnten. Den Grund, weshalb diese Erscheinungen auf Hypertrophie der Muscheln zurückgeführt werden, glaubt B. darin gefunden zu haben, dass häufig die hypertrophischen Muscheln das Septum berühren und die sensitive Zone irritiren. Deshalb verlieren sich die Erscheinungen bei Verkleinerung der Muscheln, und zwar nicht allmälig, sondern plötzlich, sobald die Muschel nicht mehr das Septum berührt. KURZ.

30) H. Schmaltz (Dresden). **Ueber den Werth einer rhino-chirurgischen Behandlung des Asthma nervosum und anderer zum Theil reflectorisch veranlasster Krankheitserscheinungen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 29—32. 1885.*

In dieser ausführlichen Arbeit übt Verf. Kritik an den bisher bekannt gewordenen Theorien über das Zustandekommen der Reflexneurosen, und zwar in einer Weise, deren Objectivität und Mässigung in der Form alle Anerkennung verdient, und präcisirt seinen auf eigene Erfahrungen begründeten Standpunkt.

Er legt auf die Theorie mit Recht Werth, weil auf falsche Theorien falsche therapeutische, zu Misserfolgen führende Erwartungen gegründet würden. Verf. bezweifelt das Vorkommen der Reflexneurosen, insbesondere des reflectorischen Asthmas nicht. Als Beweis für ihr Vorhandensein betrachtet er besonders die Beobachtung des Aufhörens oder einer längeren Intermission derselben nach entsprechender Nasenbehandlung, namentlich wenn sie eintreten, nachdem andere therapeutische Versuche missglückt waren. Er bringt hierfür zwei Krankenbeobachtungen als Beleg bei; bei einer derselben trat nach galvanocaustischer Zerstörung unscheinbarer Hypertrophien an den mittleren Muscheln eine heftige Reaction ein. Es wurden lebhafte Schmerzen im Oberkieferast des Trigeminus und epileptiforme Krämpfe beobachtet, die mit Heilung des Brandschorfes wieder verschwanden. Wir hätten aber von den sichtbaren Veränderungen, nach denen Reflexneurosen folgen, noch keine Kenntniss. Verf. spricht sich gegen die Schwellkörpertheorie Hack's aus. Zwar nimmt er im Gegensatz zu Bresgen in der normalen Nase die Existenz eines Schwellgewebes an, weil dasselbe erstens anatomisch, insbesondere von Zuckerkandl, nachgewiesen, weil zweitens die Schleimhaut retractionsfähig sei, und man drittens nicht annehmen könne, dass ein Schwellkörper präformirt sei, der nur unter pathologischen Verhältnissen zur Ausbildung gelange. Auch sei viertens die Function desselben durch die physiologischen Experimente Kratschmer's erwiesen. Als solche dürfe der Verschluss der Nasenhöhle und des Athmungstractus gegen irrespirable Dinge und die Selbstregulirung der Erwärmung der Athemluft (Gréhaut, Semon) angesehen werden. Aber die jeweilige Füllung der cavernösen Räume sei entschieden nicht die conditio sine qua non zu weiteren Reflexbewegungen. Wolle man einen solchen Zusammenhang, wie dies Hack thut, annehmen, so müsse man zunächst beweisen, dass nach Entfernung der

Schwellkörper die Kratschmer'schen Versuche am Thiere nicht mehr in positivem Sinne angestellt werden könnten, oder dass an Kranken vorher künstlich zu erzeugende Erscheinungen, z. B. Anschwellung nach Sondendruck, nachher nicht mehr hervorgerufen werden könnten. Das Anschwellen der Schleimhaut liesse sich nur bei einer Minderzahl hervorrufen, während das Abschwellen sehr häufig sich beobachten lasse. Ueberdies stelle Hack unerwiesene anatomische Hypothesen, z. B. von Nervi erigentes auf. Die Schwellkörper-Theorie sei anscheinend nur zur Erklärung der überraschenden Heilerfolge construirt und ein Trugschluss, der geeignet sei, der ganzen Entdeckung viel von ihrem Credit zu nehmen. Die fragliche Schwellung des cavernösen Gewebes sei, sobald sie in krankhafter Weise, d. h. anormal oft und anormal stark erfolge, nur ein Symptom, und zwar ein Symptom erhöhter Reizbarkeit der Nasennerven, vornehmlich also des Trigeminus. Diese erhöhte Reizbarkeit sei steigerungsfähig und unter den Reflexbewegungen gäbe es solche, die auf relativ schwächere und solche, die erst auf stärkere Reize ausgelöst würden. So könne die Hyperämie, die auch an anderen Schleimhäuten, z. B. der Trachea (Rossbach), reflectorisch eintrete, sich nach Reizen einstellen, bei denen ihre teleologische Bestimmung wegfiele, sie also zu einer zweckwidrigen, krankhaften werde. Das rasche Abschwellen der Corpora cavernosa sei ein Symptom erregter oder erregbarer Nerven, wie etwa das Blasswerden der äusseren Haut. Wenn bei gesteigerter Reizbarkeit der Nase und hyperästhetischen Schwellkörpern sich zuweilen sonst nichts Pathologisches in der Nase nachweisen lasse und trotzdem nach rhinochirurgischer Behandlung Heilung eines pathologischen Reflexes eintrete, so erkläre sich dies entweder aus der durch die Behandlung erzielten Verkleinerung der hyperästhetischen Zone, die man durch Abhärten oder sonst schützen könne — wie zwei angeführte Krankengeschichten zeigen — oder aus der Eliminirung der mechanischen Folgen dieser Volumenzunahme. Die habituell prall gefüllten Corpora cavernosa wirkten gewissermassen als Fremdkörper. Wenn nach Befreiung der Nase von Polypen Asthma z. B. noch fortbestehe, so sei die sensitive Area noch nicht behandelt, und wenn erst nach Entfernung von Polypen Reflexe aufträten, die nach Behandlung der Schwellkörper schwänden, so sei durch die verstopfenden Massen nur die Zugängigkeit zur erregungsfähigen Nasenschleimhaut verringert gewesen. Ob vorhandene pathologische Veränderungen, welche von sämmtlichen anatomischen Bestandtheilen der Nase ausgehen könnten, Reflexe hervorrufen oder nicht, könne aus dem blossen Anblick nicht vorher gesagt werden, weshalb die Prognose immer vorsichtig zu halten sei. Als wirklicher Reiz wirke entweder Stauung, oder directe Nervenreizung, oder durch Hyperämie der Gefässe oder Schwellkörper veranlasste Nervenreizung. Dieser letztere einzelne, auch nach dem Verf. mögliche Fall wurde von Hack zum allgemeinen Gesetz erhoben. Verf. führt dann einzelne interessante Beispiele von reflectorischem Asthma an: 1) Durch einen beweglichen kleinen Polypen bei einem achtjährigen Knaben. 2) In der Rückenlage auftretendes Asthma. 3) Asthma, welches bei einer Krankenpflegerin auftrat, die Binden einzugipsen hatte. 4) Reflexhusten. Als Centrum seien die motorischen Centren im Pons und der Medulla zu betrachten. Ihnen benachbart seien die vasomotorischen Centren, nach deren Rei-

zung durch Anämie der Hirnrinde epileptiforme Erscheinungen aufträten. Ebenso liesse sich hierdurch das Auftreten von Schwindel, Migräne, flüchtigem Oedem, Anschwellung der Nasenspitze erklären, für welche Formen Verf. erläuternde Fälle beibringt, worunter ein Fall von vasodilatatorischer Röthung der Ohrmuschel. Supraorbitalneuralgie, welche Verf. lieber als Mitempfindung, wie als Reflex betrachtet, entstehe auch im atrophischen Stadium des Catarrhs, wie eine angeführte Beobachtung beweist. Was die Therapie anlangt, so liebt Verf. die Galvanocaustik. Er hat mehrfach nach der Galvanocaustik Erscheinungen gesehen, die zeigen, einmal, dass solche Eingriffe schädliche Folgen haben können, dann aber, welche nervösen Leiden von der Nase ihren Ausgang nehmen können. So sah Verf. Supraorbitalneuralgie zwei Wochen lang, fieberhaften Herpes, Angina follicularis, Oedeme des weichen Gaumens, rheumaähnliche Schwellungen der Gelenke und Paukenentzündungen nach galvanocaustischen Eingriffen in der Nase. Trotzdem müsse man operiren. Denn wenn man auch nie einen Erfolg sicher versprechen könne, so trete er doch relativ häufig ein. Man solle nicht erst warten, bis alles Andere erprobt sei, denn der Ursprung der betr. Neurosen könne sich in der Nase finden und fände sich in einer durchaus nicht kleinen Anzahl der Beobachtungen. Es müsse deshalb die rhinochirurgische Therapie dieser Krankheitsformen als eine werthvolle Bereicherung unseres ärztlichen Könnens angesehen werden. Nach den bisherigen Beobachtungen dürfe man sich für berechtigt halten, „selbst wenn die Untersuchung der Nasengebilde Positives nicht ergab, dennoch das Naseninnere experimentell (unter den nöthigen Cautelen) chirurgisch zu behandeln, falls andere Mittel die Heilung nicht erzielt hatten. . .“ [Darüber dürften die Meinungen doch weit auseinandergehen! Red.]

Ref. möchte im Anschluss an diese Arbeit seiner Freude darüber Ausdruck geben, dass nun immer mehr Beobachter auf den Standpunkt kommen, den Ref. von Anfang an und als der Erste vertreten hat, nämlich, dass es ein in der Nase liegender Nervenreiz sei, der den Reflex auslöst; die sogenannten Schwellkörper verdienen in dieser Beziehung durchaus nicht die Bedeutung, die ihnen von Einigen beigelegt wird. Ref. stimmt dem Verf. vollständig darin bei, dass die theoretische Betrachtung dieser Frage von der einschneidensten Wichtigkeit für die Praxis ist. Denn wenn man die Schwellbarkeit für das Wesentliche hält, so wird das Ziel der Therapie die Zerstörung des Schwellgewebes bilden, während nach des Referenten Ansicht die Stelle aufgesucht und behandelt werden muss, wovon der Reflex ausgeht. Dass wir aber in dieser Beziehung so gänzlich auf das blinde Glück angewiesen seien, als Verf. dies darstellt, möchte Ref. nicht behaupten. Wir haben durch das Cocain ein Mittel gewonnen, welches uns in dieser Beziehung immer werthvolle Fingerzeige und häufig vollkommene Gewissheit giebt.

B. FRAENKEL.

31) **A. Rosenberg** (Berlin). **Zur Beseitigung der von der Nase ausgelösten Reflexneurosen durch Menthol.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 48. S. 788. 1885.*

Verf. empfiehlt zum Zweck der Eruirung, ob bei entsprechenden Beschwerden eine von der Nasenschleimhaut ausgelöste Reflexneurose besteht oder nicht, sowie zur Behandlung der etwa vorhandenen, Mentholgelatinestäbchen (mit 0,01

Mentholgehalt). Die Patienten können sich solche Stäbchen leicht selbst in die Nase einführen und so allein die erwähnte Probe machen. Es ist dies wünschenswerth, weil die Beschwerden oft sehr unregelmässig und unerwartet auftreten, so dass die Patienten nicht in der Lage sind, vom Arzte obigen Versuch anstellen resp. ihr Leiden durch Anästhesirung oder Depletion der Nasenmuscheln beseitigen zu lassen.

Verf. hat auf diese Weise eine Reihe von Patienten sich selbst behandeln resp. sie sich von ihren Leiden befreien sehen (u. A. Asthma, das bereits 12 Jahre bestand). Er giebt zum Zweck der Einführung der Bougies ein leicht handliches Instrument nach dem Princip eines Uterininjectors an. B. FRAENKEL.

32) **S. Meyerson** (Warschau). **Die chronische Rhinitis als Ursache von Reflexneurosen. (O przewleklym niezycie nosa i zboczeniach nerwowych w związ ku z nim będących.)** *Medycyna. No. 48. 1885.*

Wiederholung bekannter Thatsachen über Entstehung, Symptome und Therapie der chronischen Coryza. Eine beigefügte Tabelle liefert zwar hohe aber wenig beweisende Zahlen über die Häufigkeit der vom Verf. beobachteten Reflexneurosen. (Auf 415 Fälle von chronischen Nasenerkrankungen beobachtete M. 76 Mal Reflexneurosen.) M. bekräftigt die durch Hack gefundenen Thatsachen, bemerkt aber schliesslich, dass nicht in allen Fällen Heilung erzielt werden konnte. Angewandt wurden: Galvanocaustik und Chromsäure, an Silberdrähte angeschmolzen. HERING.

33) **Ensing. Noch etwas vom Trigeminushusten. (Nog Jets over Trigeminushoest.)** *Weekblad Van Het Nederlandsch Tydschrift Voor Geneeskunde. No. 22. 1885.*

Verf. theilt einen Fall mit von hartnäckigem, die Angehörigen beunruhigenden Husten bei einem 16jährigen Mädchen, in welchem Percussion und Auscultation ein negatives Resultat ergab. Angeregt durch Sommerbrodt (Mittheilung über Trigeminushusten), untersuchte er die Nasenhöhle und fand die Schleimhaut der rechten mittleren Nasenmuschel hyperämisch und leicht geschwellt. Drei Einblasungen von Arg. nitr. c. amylo genügten, um alle Symptome zum Verschwinden zu bringen. BAYER.

34) **Hofmann** (Zwickau). **Spasmus glottidis. Reflexneurose.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1885.*

Verf. heilte durch galvanocaustische Amputation der lappenartig hypertrophirten vorderen Enden der mittleren Muscheln einen Lehrer, der mit phonischem, und wie es scheint auch gleichzeitig mit respiratorischem Stimmritzenkrampf behaftet gewesen war. SCHECH.

35) **Schmiegelow** (Kopenhagen). **Excoriationes narium.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1885.*

Die Bezeichnung „Excoriationes narium“ begreift folgende pathologische Zustände in sich: 1. Furunculosis narium; 2. Eczema narium; 3. eine Combination beider, wobei das Eczem das Primäre, die Furunculose das Secundäre ist. Die Furunculosis narium wird durch eine in Folge Lockerung der Epidermis-

schicht stattfindenden localen Bacterieninfection bedingt; sie heilt am schnellsten durch eine schonende Behandlung (Nichtepiliren!), besonders durch Einlage von Sublimattampons (1 Sublimat in 1000 Wasser), welche täglich 2 Stunden liegen bleiben, und Sublimatwaschungen: bei eventuell zu starker Reizung der Haut Borsalbe (1 : 10). Das „Eczema narium" heilt am besten unter Einreibungen einer Salbe von Ung. Diachyli c. Ol. Vaselini. SCHECH.

36) **Hopmann** (Cöln). **Ueber Nasenpolypen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 6 u. 8. 1885.*

Der Name „Nasenpolyp" wurde bis in die jüngste Zeit sehr allgemein gebraucht, ohne Rücksicht auf die histologische Structur. Verf. unterscheidet hingegen:

1. Oedematöse Fibrome, von Mackenzie unrichtig Myxome, von Billroth Drüsenneubildungen, Adenome genannt. Die ödematösen Fibrome werden auch kurzweg als Schleimpolypen bezeichnet.

2. Wahre, überwiegend in polypoider Form, seltener als echte Polypen auftretende Hyperplasien circumscripter Muschelabschnitte, sogenannte polypoide Hypertrophien. Sie unterscheiden sich von den Schleimpolypen durch das ausschliessliche Entstehen von den Muscheln selbst, besonders der mittleren und in zweiter Linie der unteren, durch ihre dunklere Färbung und geringe Transparenz, durch ihre grössere Dichtigkeit und Derbheit. Die Mehrzahl dieser Tumoren ist glatt, einige oberflächlich papillär.

3. Papillome. Sie kommen nur, jedenfalls aber ganz überwiegend an den unteren Muscheln vor und finden sich viel häufiger mit blennorrhoischen Catarrhen der Nasenrachenschleimhaut verbunden, als andere Nasenpolypen. Oft ist die ganze oder nahezu die ganze untere Muschel in eine solche Geschwulst umgewandelt, und am häufigsten der mittlere, vordere oder hintere Abschnitt der unteren Muscheln mit einer oder mehreren breitbasigen Geschwülsten dieser Art besetzt, welche mit Vorliebe in den unteren Nasengang hineinwuchern; die Geschwülste sind manchmal so gross, dass sie die vorderen und hinteren Aperturen fast völlig ausfüllen oder daraus hervorwuchern.

In Bezug auf Häufigkeit der einzelnen Formen der Nasenpolypen zeigten von 257 Personen 248 ausschliesslich Geschwülste der oben beschriebenen drei Arten; es fanden sich bei 108 Personen ausschliesslich Schleimpolypen, bei 63 ausschliesslich polypoide Hyperplasien, bei 22 ausschliesslich Papillome. Das männliche Geschlecht ist in erheblich höherem Grade der Erkrankung an Nasenpolypen unterworfen; daraus darf wohl der Schluss gezogen werden, dass es Entzündungszustände (Catarrhe) der Schleimhaut sind, welche, wenn auch nicht das ursächliche, dann doch das veranlassende Moment abgeben für den Ausbruch der schlummernden Disposition zu Neubildungen der Schleimhaut, womit manche Individuen behaftet sind. Das Lebensalter genau anzugeben, in dem die Polypen entstanden sind, ist unmöglich. Die einzelnen Formen der Nasenpolypen finden sich vielfach mit einander combinirt, so z. B. am häufigsten Schleimpolypen mit polypösen Hypertrophien.

Zum Schluss seiner Arbeit protestirt Verf. gegen die bisher von den

meisten Autoren angenommene relativ grosse Seltenheit der Nasenpolypen bei Kindern. Er beobachte selbst 9 derartige Fälle, darunter 8 von Schleimpolypen; der jüngste Patient war 7 Jahre alt. Dass bei häufigerer Untersuchung von Kindern mit der Zeit die bisher angenommene relative Seltenheit der Nasenpolypen schwinden wird, kann Ref. nicht ganz glauben; derselbe hat seit Jahren trotz genauester Untersuchung vieler Kinder, namentlich auch solcher, die mit adenoiden Wucherungen behaftet waren, noch niemals einen wirklichen Nasenpolypen entdecken können, dagegen Schwellungen der hinteren Muschelenden ziemlich häufig, doch gingen dieselben nach Operation der adenoiden Wucherungen von selbst wieder zurück. Die klinische Grenze zwischen einfacher Hypertrophie und polypoider Hypertrophie ist eben sehr schwer zu ziehen.

SCHECH.

37) **P. M'Bride** (Edinburgh). **Schlinge zur Entfernung von Nasenpolypen. (Snare for removing nasal polypi.)** *Edinburgh Med. Journal. August 1885.*

Der Autor, der die kalte Schlinge für das beste Mittel hält, Nasenpolypen zu beseitigen, hat das gewöhnliche Instrument in der Weise modificirt, dass die Querstange auf einer Schraube gleitet, und dass durch die Hinzufügung einer Schraubenmutter die Schlinge zu einem billigen Ecraseur umgestaltet werden kann. Er anästhesirt gewöhnlich das Septum vor der Operation mittelst Cocains und empfiehlt zur Verhinderung von Recidiven einen alkoholischen Spray. SEMON.

38) **C. Gerhardt. Lupus. Behandlung durch Kälte.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 41. 1885.*

In der Absicht, die Bacillen unter ungünstigere Lebensbedingungen zu versetzen, wandte G. gegen Lupus der Nase Kälte an und erzielte damit Erfolge. Eine Eisblase wurde täglich zweimal drei Stunden lang aufgelegt.

B. FRAENKEL.

39) **J. Payne** (London). **Rhinosclerom. (Rhinoscleroma.)** *British Medical Journal. 24. October. 1885. — Trans. of the Path. Society. 1885.*

In der ersten Mittheilung über den von P. und dem Ref. beobachteten Fall von Rhinosclerom (vgl. „Centralblatt", dieser Jahrgang, S. 59) hatten die Autoren angegeben, dass es ihnen ebenso wenig wie früher Prof. Cornil in demselben Falle gelungen sei, Mikroorganismen in der Neubildung aufzufinden. Nachdem aber später Cornil mitgetheilt hatte, dass er bei längerer Aufbewahrung des Specimens in der Färbeflüssigkeit doch Bacillen in den Präparaten entdeckt habe, wiederholte auch P. seine Untersuchung nach der nunmehr von Cornil angegebenen Methode, und berichtete am 20. October 1885 der Path. Soc. of London, dass auch er jetzt in den Präparaten Bacillen aufgefunden habe, welche mit den von Frisch, und Cornil und Babes gegebenen Beschreibungen übereinstimmten. SEMON.

40) **A. Breda** (Padua). **Rhinosclerom oder Epitheliom der Nase. (Rinoscleroma ed epitelioma del naso.)** *Rivista Veneta di scienze mediche. 11. Februar 1885.*

Ein 47jähriger Mann trägt auf der Stirne ein Geschwür mit theils sinuösen, theils verdickten Rändern. Der knorpelige Theil der Nase ist verdickt, von

schmutzig grauer Farbe, theilweise fehlt die Epidermis. Schwellung verschiedener Lymphdrüsen.

Der Mund kann wegen Schmerzhaftigkeit des Masseters nicht geöffnet werden, so dass keine weitere Untersuchung möglich ist. Die Nasendouche gelingt gut.

Das Ulcus der Stirn ist ein Epitheliom. Die Neubildung der Nase wurde dem Aussehen nach und nach Excision eines Stücks zuerst für Rhinosclerom gehalten. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein bindegewebiges Stroma mit Lücken, die durch Epithelzellen ausgefüllt waren.

Bezüglich weiterer histologischer Erörterungen muss auf das Original verwiesen werden. KURZ.

41) **Köbner** (Berlin). **Rhino-Pharyngo-Sclerom.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. S. 456. 1885.*

Vorstellung und sehr sorgfältige Beschreibung eines Falles bei einem 46 Jahre alten Mann aus Russisch-Polen im Verein f. innere Medicin. K. zieht den Namen Rhino-Pharyngo-Sclerom der Bezeichnung Rhinosclerom vor, um das Befallenwerden der Schleimhäute schon im Namen anzudeuten. In Schnitten wurden zwar spärlich, aber positiv die für diese Krankheit beschriebenen Bacillen nachgewiesen. B. FRAENKEL.

42) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Primäre bösartige Geschwülste der Nase. (Tumeurs malignes primitives du nez.)** *Revue mens. de Laryngologie, d'Otologie etc. No. 8 et 9. August et Septembre 1885.*

Die primär in der Nase auftretenden bösartigen Geschwülste sind selten. Sch. rechnet hierher ausser den Sarcomen und Carcinomen auch noch die lupösen Tumoren der Nasenhöhle.

Fälle von Primärcarcinom der Nase giebt es nur wenige in der Literatur. Beschrieben sind solche von Morell Mackenzie, Paletta, Gerdy, Verneuil, Watson, Schäffer etc. Sch. bringt eine neue Beobachtung: Ein 51jähr. Mann, bisher stets gesund, von kräftiger Constitution, litt vor 3 Monaten an einem Schnupfen mit reichlichem eitrigen Ausflusse, der rechts verschwand, aber links andauerte und allmälig jauchig und übelriechend wurde. Es bildeten sich Krusten, die die Durchgängigkeit dieser Nasenseite aufhoben. Es bestand leichtes Thränenträufeln. Allgemeinbefinden gut. Fehlen jeder Schmerzen. Nach Wegräumung der reichlichen blutig gefärbten, halbweichen übelriechenden Krusten bemerkte Sch., dass alle Wände der linken Nasenhöhle, mit Ausnahme des Bodens und der unteren zwei Dritttheile des Septums, in unregelmässige ulcerirte schwammige Flächen umgewandelt waren, die hier und da mit stellenweise exulcerirten, leicht zerreisslichen und leicht blutenden Tumoren bedeckt waren. Keine Drüsenschwellung.

Die Tumoren wurden zum Theil mit der kalten, zum Theil mit der galvanischen Schlinge zerstört. 4 Monate später unbedeutender eitriger Ausfluss aus der linken durchgängigen Nasenhöhle, und nur in deren oberen Partie einige verdächtige, leicht blutende Stellen, die zerstört wurden.

Das primäre Sarcom der Nase ist relativ häufiger. Es werden namentlich die Fälle von Hopmann, Schäffer und Wreden angeführt. Sch. beschreibt einen selbst beobachteten Fall von primärem Rundzellensarcom, ausgehend von der vorderen Partie der knorpeligen Nasenscheidewand.

Er betraf ein Mädchen von 14 Jahren, das bis vor 3 Wochen vollkommen gesund war. Da bemerkte sie linkerseits am Naseneingange eine kleine Geschwulst, die sie mit dem Finger losriss, doch die Geschwulst wuchs rasch wieder und verstopfte nun gänzlich die Nasenhöhle. Entzündliche schmerzhafte Schwellung der linken Unterkieferdrüsen. Entfernung der Geschwulst mit dem scharfen Löffel in der Chloroformnarcose, Aetzen der Ansatzfläche mit dem Galvanocauter. Rückgehen der entzündlichen Lymphdrüsenschwellung. Heilung. — 4 Monate später keine Spur von Recidive.

Sch. knüpft an diese beiden Fälle folgende Betrachtungen. Das Sarcom der Nasenhöhle entwickelte sich viel rascher als das Carcinom. Es bestand in beiden Fällen keine Metastase in den Lymphdrüsen, was für die Prognose von Wichtigkeit ist. Es bestand weiter kein Nasenbluten und keine Schmerzen, Symptome, die gewöhnlich als characteristisch für die malignen Tumoren der Nasenhöhle gelten.

Betreffs der Aetiologie dieser Geschwülste citirt er die Beobachtungen von Michel, Watson, Schaeffer, Hopmann, nach welchen sie mitunter aus gutartigen Neubildungen hervorgehen können. — Ferner bemerkt Sch., dass die Carcinome leicht ulceriren, während die Sarcome durch die periostale oder perichondrale Hülle, aus der sie hervorgehen, lange vor der Exulceration bewahrt bleiben.

Von der dritten Art maligner Neubildungen der Nase, von den lupösen Tumoren, die er nirgends in der Literatur verzeichnet findet, beobachtete Sch. zwei Fälle, die einen 28jährigen Mann und eine 35jährige Frau betrafen. Im ersteren Falle gingen sie von der hinteren Partie der unteren Nasenmuschel aus, im zweiten Falle von der mittleren Nasenmuschel. In beiden Fällen zeigte das Mikroskop den lupösen Character der entfernten Tumoren. Sie unterscheiden sich von Schleimhautpolypen durch ihre granulirte, unregelmässige Oberfläche und dadurch, dass sie weisslich und nicht durchscheinend sind. Von fibrösen Tumoren sind sie leicht erkennbar durch ihre leichte Zerreisslichkeit. Die Behandlung besteht in deren Entfernung mit der kalten Schlinge oder dem scharfen Löffel und nachfolgender galvanocaustischer Aetzung. Dieses Verfahren befolgte auch Sch. in obigen beiden Fällen mit gutem Erfolge. Doch bleibt nach dem Autor immer Neigung zur Recidive zurück.

E. J. MOURE.

43) **A. Barcilay. Ueber das Epithelioma der Nasenhöhle und dessen chirurgische Behandlung. (De l'épithélioma des fosses nasales et de son traitement chirurgical.)** *Thèse. 8. Mai 1885.* Paris. A. Parent.

B. erzählt ausführlich die Krankengeschichte eines persönlich beobachteten Falles von Nasenhöhlenepitheliom der von Kirmisson operirt worden war. Zwei Monate nach gemachter Exstirpation des Tumors und der infiltrirten Submaxillardrüsen trat Recidiv ein, dem der cachectische Kranke binnen Kurzem er-

lag. Nichtsdestoweniger setzt B. an die Spitze seiner Beobachtung: Exstirpation und Heilung.

B. giebt noch 5 andere ähnliche Fälle wieder, bei denen eine mikroskopische Untersuchung die Diagnose Epithelioma bestätigt hatte, darunter auch den von Delstanche und Marigue beobachteten Fall (siehe Internat Centralbl. 1884. S. 379). Er leitet aus diesen Krankengeschichten die Beschreibung des Epithelioms der Nasenhöhle ab. — Es ist, sagt er, eine seltene Affection, die Individuen von über 50 Jahren befällt und deren Dauer im Durchschnitt 2 Jahre beträgt. Nach Verneuil nimmt er als ätiologisches Moment die arthritische Diathese an. Die Symptome sind anfangs die der Coryza, bald aber gesellen sich hinzu häufiges Nasenbluten, schleimig-eitriger fötider Ausfluss, Spannung und Druck in einer der Nasenhöhlen und vermehrte Undurchgängigkeit derselben. Bei der rhinoskopischen Untersuchung findet man einen verschieden grossen, fungösen, warzigen, stellenweise ulcerirten und mit eingedicktem Eiter bedeckten Tumor. Er ist leicht zerreisslich und blutet bei der geringsten Berührung. Er sitzt mit breiter Basis in der Regel am Septum auf. Ein wichtiges Symptom ist ferner das Auftreten von geschwollenen Submaxillardrüsen. — Unter Zunahme aller dieser Erscheinungen und namentlich der Schmerzen greift der Tumor immer weiter um sich, erfüllt die Sinuse, usurirt das knöcherne Gerüst der Nase und erstreckt sich oft auch auf die Schädelbasis. Der Tod der spätestens nach 3 Jahren vom Beginne der Erkrankung an eintritt, erfolgt durch Meningitis oder Krebscachexie. Bei der Differentialdiagnose mit anderen Affectionen der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes kommen in Betracht 1. der Nasenrachenpolyp, doch hier entscheidet Alter und Ansatzstelle; 2. Nasenpolypen, doch diese sind dadurch erkennbar, dass sie multipel in beiden Nasenhöhlen vorkommen, dass sie gestielt sind, seltener bluten, nicht leicht ulceriren und zu keinen Drüsenschwellungen führen; 3. Adenome, Papillome; 4. Sarcom, doch sollen bei diesem nach Delaux die Lymphbahnen intact bleiben, und es nur selten zu Ulcerationen kommen. Indessen sei hier erst die mikroskopische Untersuchung entscheidend; 5. Enchondrom, aber dieses befällt junge Individuen, ist erkennbar an der Knorpelconsistenz und ist weder von Epistaxis, noch Drüsenschwellung begleitet; 6. syphilitische Verdickungen des Septum; 7. Ulcerationen der Nasenschleimhaut; 8. Coryza caseosa und Fremdkörper der Nase, die leicht zu einem diagnostischen Irrthum Anlass geben können. Die Behandlung besteht in einer rechtzeitigen Radicalexstirpation des Tumors und der ergriffenen Lymphdrüsen. E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

44) G. Ferreri (Rom). **Ursachen und Wirkungen der Mundathmung. Rationelle Behandlung. (Cause ed effetti della respirazione per le bocca. Metodo razionale die cura.)** *Le Sperimentale. No. 8 u. 9. 1885.*

Umständlicher, mit einer Masse von Autorennamen beschwerter, im Uebrigen ziemlich feuilletonistisch gehaltener Aufsatz.

Der 1. Theil bespricht die Wichtigkeit der Nasenathmung und die bekannten Ursachen der Mundathmung. Hier werden abgehandelt: adenoide Vege-

tationen, Coryza, Ozäna, Rauchen, Schnupfen, Verschluss der Nasenlöcher, der Choanen, Septumdeviation, Fremdkörper in der Nase, Nasenrachenpolypen und andere Tumoren, Retropharyngealabscess, Pharyngitis, Tonsillitis.

Der 2. Theil erörtert die Folgen der Mundathmung, als da sind: Rachencatarrh, endzündliches Oedem der Epiglottis, frühes Verderben der Zähne, Laryngitis, Aphonie, Schnarchen, Niesen, Husten, Störungen in der Entwicklung des Thorax, Verlust des Geruchs, Veränderungen des Geschmacks, Fortleitung des Rachencatarrhs auf's Ohr, Behinderung des Schluckens, Reflexhusten, Asthma.

Im 3. (therapeutischen) Theil wird der Werth der Localuntersuchung und der Galvanocaustik hervorgehoben. Bei der Behandlung der adenoiden Vegetationen wird Löwenberg erwähnt. Ferner schreibt F.: „Meyer und Zaufal suchten jeder den Ruhm einer speciellen Behandlungsmethode, deren Beschreibung nicht der Mühe werth ist (!). Prof. de Rossi kratzt die adenoiden Vegetationen einfach mit dem Fingernagel ab. Oft kommt sehr viel Blut, und manchmal ist ein Hämostaticum nöthig." (Ob da die Beschreibung der Methoden von Meyer und Zaufal und von verschiedenen anderen nicht doch der Mühe werth wäre? Ref.)

Zum Schluss wird die von de Rossi geübte „rhinoskopische Electrolyse der fibrösen Nasenrachenpolypen" empfohlen.

KURZ.

45) **Louis Jurist. Abnorme Beweglichkeit der Zunge mit der Fähigkeit, sie in den Nasenrachenraum zu schleudern. (Abnormal mobility of the tongue with ability to project it into the nasopharynx.)** *N.-Y. Med. Record. 14. Nov. 1885.*

Geschichte eines Patienten, welcher sehr leicht und oftmals hintereinander seine Zungenspitze in den Pharynx schleudern, die hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln und des Septum etc. berühren konnte. Das Frenulum linguae war an drei oder vier Stellen eingerissen; Patient fühlte an der unteren Zungenfläche häufig Schmerzen und hörte oft während der Bewegung ein „Krachen". Seine Zunge war mehr spitz, jedoch nicht von ungewöhnlicher Länge. Die Bildung des Nasen- und Mundrachenraums zeigte nichts Abnormes. Soweit J. nachforschen konnte, wurden nur drei ähnliche Fälle berichtet. In Dr. G. F. Whitney's Fall (Medical Record. 28. April 1883) wurde das Frenulum „nur durch eine lockere Schleimhautfalte repräsentirt"; bei Dr. Webster persönlich (Medical Record. 26. Mai 1883) war das Frenulum niemals geschnitten worden, sondern die Fähigkeit wurde mit vieler Mühe erworben; bei Dr. J. O. Roe's Patienten (Medical Record. 9. Juni 1883) war „das Frenulum ganz deutlich vorhanden, jedoch ein wenig schlaffer, als gewöhnlich". Dr. E. Fletcher Ingals aus Chicago theilte J. brieflich mit, dass er einen Fall gesehen habe, ohne weitere Details anzugeben.

LEFFERTS.

46) **T. F. C. van Allen** (Albany, N.-Y.). **Abnorme Beweglichkeit der Zunge. (Abnormal mobility of the tongue.)** *Medical Record. New-York. 20. Nov. 1885.*

Bericht über den Fall bei einem Patienten, welcher mit grosser Leichtigkeit seine Zungenspitze in den Nasenrachenraum einführen und an die Oeffnungen der Tubae Eustachii, an den Vomer und die Nasenmuscheln bringen konnte.

LEFFERTS.

47) **Phelps. Abnorme Beweglichkeit der Zunge mit der Fähigkeit, sie in den Nasenrachenraum zu schleudern. (Abnormal mobility of the tongue with the ability to project it into the nasopharynx.)** *New-York Med. Record. 12. Dec. 1885.*

Patient war wegen eines Nasenpolypen in Behandlung. P. schreibt: „Ich sah, wie er verschiedene Male mit grosser Leichtigkeit seine Zunge in den Nasenrachenraum brachte. Die Zunge ist ein wenig spitz, und das Frenulum linguae beginnt offenbar in einiger Entfernung unter der Zunge. Die Mundbildung selbst zeigt nichts Abnormes.

LEFFERTS.

48) **J. K. Fowler** (London). **Pigmentation der Zunge. (Addison'sche Krankheit?) [Pigmentation of the tongue. (Addison's disease?)]** *London Clin. Soc. Trans. Vol. XVIII. 1885.* Mit Abbildung.

Bei einem 42jährigen Phthisiker, der sonst nur an der Stirne eine — angeblich seit lange bestehende bräunliche Verfärbung aufwies, fanden sich folgende Veränderungen der Zunge, Mund- und Rachenschleimhaut: Der centrale Abschnitt der Zunge ist mit einem mässig dicken, gelben Belage versehen, der sich von den Papillae circumvallatae bis nahe zur Spitze erstreckt. Die Schleimhaut der Seitentheile der Zunge ist frei von Belag und ihre Oberfläche ganz rein, aber beiderseits zieht ein $^1/_2$—$^3/_4$ Zoll breiter, stark pigmentirter Streifen, sich nach vorn verjüngend und die Spitze nicht ganz erreichend, an den Seiten entlang. Seine Farbe ist blau-schwarz, tintenähnlich. Die Verfärbung ist nicht ganz gleichmässig; hier und dort erscheinen in ihr röthliche Flecken. Einige wenige Pigmentflecke finden sich auch innerhalb der Region des Belags. An der Vereinigungsstelle des harten und weichen Gaumens befindet sich in der Mittellinie ein kleiner, brauner Fleck; die Backen- und Lippenschleimhaut ist stellenweise leicht pigmentirt.

Sonstige Anzeichen von Morbus Addisonii fehlen. Der Patient starb zwei Monate nach seiner Demonstration vor der Clinical Society an Syncope. Die Autopsie wurde nicht gemacht. F. neigt sich zu der Ansicht, dass es sich in der That um Addison'sche Krankheit handelte und zieht die Todesart als Stütze seiner Vermuthung heran.

SEMON.

49) **W. S. Robertson** (Port Said, Egypten). **Acute Glossitis. Incision; Genesung. (Acute Glossitis. Incision; recovery.)** *Brit. Med. Journal. 5. Sept. 1885.*

Der Titel deckt den Inhalt der Mittheilung.

SEMON.

50) **Mor. Meyer** (Berlin). **Ein Fall von Heilung 9 Jahre bestehender Zungengeschwüre durch den galvanischen Strom.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 50. 1885.*

Die Geschwüre waren dadurch entstanden, dass die Patientin sich während einer Entbindung vor Schmerz bei Bewusstsein die Zunge zerbiss. Sie wurden 9 Jahre lang ohne Erfolg mit allem Möglichen behandelt. Der galvanische Strom — Cathode in der Hand der Patientin, Bestreichen der Zunge mit der Anode $^1/_2$ Minute lang — wurde zunächst angewandt, um die furchtbaren Schmerzen, die die Ulcerationen verursachten, zu lindern. Es stellte sich aber bald Tendenz

zur Vernarbung ein und nach 190 Sitzungen erfolgte definitive Heilung. M. schlägt vor, dasselbe Verfahren versuchsweise bei Larynxtuberculose anzuwenden.

B. FRAENKEL.

51) **Partsch. Ein Fall von Doppelbildung der Zunge.** *Breslauer ärztl. Zeitschrift. VII. S. 197. 1885.*

Dem Ref. unzugänglich.

SCHECH.

52) **W. H. Haynes. Angiom unter der Zunge. (Angioma beneath the tongue.)** *New-York Med. Journal. 19. Dec. 1885.*

Der Patient, ein Kind, zeigte unter der Zunge, zu beiden Seiten des Frenulum, eine glatte, glänzende Geschwulst, welche genau den Illustrationen gleicht, wie man sie in Textbüchern über die typische Ranula findet, nur dass es sich in diesem Falle um zwei Tumoren handelte. Der linksseitige war bedeutend grösser; beide zusammen hatten einen solchen Umfang, dass sie die Zunge hochhoben und die Ernährung und Respiration behinderten. Letztere hatte einen deutlichen nasalen Charakter. Die Tumoren waren von bläulicher Farbe, weich und fluctuirend. Es wurden Ligaturen um dieselben gelegt (zu verschiedenen Zeiten) und fest gebunden, wodurch sie sich ablösten und allmälich schwanden.

LEFFERTS.

53) **G. Barling** (Birmingham). **Drei Fälle ungewöhnlicher Zungenleiden. (Three cases of unusual disease of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 5. December 1885.*

Fall 1. Multiple Fettgeschwülste, die seit 20 Jahren bestehen, bei einem 75jährigen Mann. Die Geschwülste, 4 an der Zahl, sitzen den Seitenrändern der Zunge auf, sind elastisch, nicht fluctuirend, leicht als Fettmassen zu erkennen. Symptome: geringe Belästigung beim Kauen und geringe Undeutlichkeit der Sprache. Kein Eingriff vorgenommen.

Fall 2. Congenitales Fibrom, sessil, in der Mitte des Zungenrückens bei einem 18monatlichen Kinde, wird, da es dauernd wächst, mit dem Messer entfernt. Ausgangspunkt anscheinend die Schleimhaut. Structur rein fibrös.

Fall 3. Gespaltene Zunge mit mittlerem Lappen und Gaumenspalte. Männliches Kind, 10 Monate alt. Zunge bis zur Mitte gespalten, die Hälften divergiren und lassen einen V-förmigen Raum zwischen sich, von dessen Spitze (sowie vom Mundboden und Unterkiefer) der mittlere Lappen ausgeht. Letzterer ist von der Grösse des Daumens eines Erwachsenen, besteht aus Muskelgewebe und ragt zwischen den Lippen hervor, so dass das Kind den Mund nicht schliessen kann. Er wird daher abgetragen und die Zunge hat sich seitdem in den Mund zurückgezogen. Weitere plastische Operationen an der Zunge und an dem Gaumen, welcher in der ganzen Länge des weichen und im grösseren Theil des harten Gaumens gespalten ist, wegen Schwäche des Kindes verschoben.

SEMON.

54) **Duguet** (Paris). **Vortrag über die Zungentuberculose. (Leçon sur la tuberculose linguale.)** *Annales médico-chirurgicales. No. 8. August 1885.*

Es werden bei Gelegenheit eines Falles von Zungentuberculose die differentialdiagnostischen Merkmale zwischen dieser Affection und den Aphthen, den „Plaques des fumeurs“, den Erosionen durch spitze Zähne, den syphilitischen

und den krebsigen Geschwüren eingehend besprochen. — Interessant war in dem betreffenden Falle der von Coupard gemachte laryngoskopische Befund, nach welchem das linke Stimmband sich in äusserster Abduction unbeweglich und etwas atrophisch zeigte, eine Erscheinung, die wahrscheinlich (? Red.) durch Compression des linken Recurrens durch geschwollene Lymphdrüsen bedingt war. E. J. MOURE.

55) **Justin Arnaud. Ueber die Hemiatrophie der Zunge bei der Tabes dorsalis. (De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique.)** *Thèse de Paris. 1885.* A. Parent.

Der Verf. resumirt seine These in folgender Weise:

Die Hemiatrophie der Zunge kann ein Symptom der Tabes sein. Man hat es mit einer wahren einfachen Atrophie zu thun. Es besteht weder Fettdegeneration, noch Fettinfiltration; höchstens (!) dass das normale Fettgewebe ein wenig mehr entwickelt ist als gewöhnlich. Die Hemiatrophie ist nur von dem Verlust der Bewegungen eines Theiles der Zunge begleitet. Die Gesammtbewegungen sind erhalten. In der Regel besteht kein Hinderniss weder in der Kaubewegung, noch im Schlingacte, noch in der Sprache. Die Hemiatrophie ist am häufigsten nicht von Sensibilitätsstörungen begleitet; wenn solche aber bestehen, sind sie unbedeutend. Die Hemiatrophie der Zunge erscheint gewöhnlich erst, wenn alle anderen Symptome der Tabes aufgetreten sind, doch kann sie auch im Beginn vor jedem anderen Symptom sich zeigen; es bestehen entweder gleichzeitig auch Atrophien anderer Muskeln, oder sie findet sich allein vor. Zur Sicherstellung der Diagnose müssen zuvor andere Erkrankungen der Kerne des Hypoglossus ausgeschlossen werden, z. B. die Bulbärparalyse, die Herdsclerose des Rückenmarks, Compression des Hypoglossus durch Abscess oder Tumor.

Die Affection, von der die Rede ist, ist bedingt durch Atrophie des Hauptkerns des Hypoglossus. Diese Atrophie ist immer secundär. Sie kann entweder hervorgehen aus einer aufsteigenden Erkrankung der motorischen Hörner des Rückenmarks oder derjenigen Partien des verlängerten Markes, welche den Hintersträngen entsprechen. — In gewissen Fällen könnte man, sich stützend auf physiologische Erfahrungen, die Hemiatrophie einem Reflexphänomen zuschreiben.

Die besprochene Affection ist von keiner prognostischen Bedeutung für die Tabes. Der Autor veröffentlicht 5 Fälle, von denen einer zum Theil von ihm selbst beobachtet wurde. E. J. MOURE.

56) **Trélat** (Paris). **Zwei Fälle von Zungenepitheliom. (Deux cas d'épithelioma de la langue.)** *Gaz. des hôpit. No. 87. 30. Juillet 1885.*

Krankengeschichte der beiden Fälle. — Der 2. Fall war vor 6 Jahren an Leucoplacia buccalis behandelt worden. E. J. MOURE.

57) **R. Harrison** (Liverpool). **Zungenepitheliom bei einem 20jährigen Mädchen. Tod. (Epithelioma of tongue in a girl aged 20. Death.)** *British Med. Journal. 10. October 1885.*

Der einzig bemerkenswerthe Punkt in dem Falle ist das jugendliche Alter der Patientin. Die Natur der Neubildung wurde durch mikroskopische Untersuchung festgestellt. SEMON.

58) **Ch. A. Morton** (Carlisle). **Entfernung der Zunge und eines Theiles des Mundbodens nach der Whitehead'schen Methode wegen Epithelioms. (Removal of the tongue and part of the floor of the mouth for epithelioma by Whitehead's method.)** *Brit. Med. Journal. 28. November 1885.*

Nichts Besonderes. Schon $1^1/_2$ Monate nach der Operation locales Recidiv und Drüsenanschwellung in der Nachbarschaft. SEMON.

59) **P. Denuce** (Bordeaux). **Epithelioma der Zunge. Exstirpation nach der suprahyoidealen Methode. (Epithélioma de la langue. Extirpation par la méthode sus-hyoïdienne.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. No. 30. 26. Juli 1885.*

Der Fall ist wichtig, weil seit der Operation, die am 31. Januar 1881 gemacht wurde, bis heute kein Recidiv eingetreten ist. — D. glaubt den Erfolg der Operationsmethode zuschreiben zu dürfen, die gestattet, nicht nur den Tumor, sondern die infiltrirten Unterzungen- und Unterkieferdrüsen sowie die Lymphdrüsen der Region vollständig zu entfernen. E. J. MOURE.

60) **Vautrain. Epitheliome der Zunge. (Epithéliomas de la langue.)** *Revue méd. de l'Est No. 17. September 1885.*

Es wird die Geschichte zweier Fälle erzählt. In beiden Fällen Abtragung mit der galvanocaustischen Schlinge; Recidive; Tod. E. J. MOURE.

61) **L. A. Stimpson. Epitheliom der Zunge. Exstirpation nach Kocher's Methode. (Epithelioma of the tongue. Removal by Kocher's method.)** *New-York Med. Journal. 14. Nov. 1885.*

S. berichtet die Geschichte eines Falles, in welchem er beinahe das ganze Organ nach Kocher's Methode — Seitenschnitt suprahyoid — entfernt hatte. Patient war ein Mann von 68 Jahren. Die Krankheit hatte sich soweit nach hinten ausgebreitet, als man mit dem Finger durch den Mund reichen konnte, und hatte den Boden der Mundhöhle sowie das Zahnfleisch der rechten Seite, 6 Ctm. nach hinten von der Medianlinie ergriffen. Auf dem Zungenrücken sass ein sehr grosses, unregelmässiges Geschwür. Pat. wurde tracheotomirt und die Narcose durch die Canüle unterhalten. LEFFERTS.

62) **B. Pollard** (London). **Zwei Fälle von Entfernung der ganzen Zunge wegen Epithelioms; Bemerkungen. (Two cases of removal of the whole tongue for epithelioma; remarks.)** *Lancet. 18. July 1885.*

Das Hauptinteresse der Fälle liegt in der Technik des operativen Vorgehens, hinsichtlich dessen Interessenten auf das Original verwiesen werden müssen. SEMON.

63) **J. Thiriar** (Brüssel). **Ueber die Vortheile, der Zungenamputation die doppelseitige Lingualisligatur vorauszuschicken. (Des avantages que présente la ligature des artères linguales préalable à l'amputation de la langue.)** *La presse médicale Belge. No. 39. 1885.*

Auf Grund einer Zungenamputation, welche Thiriar an einem 59jährigen mit Epithelioma linguae behafteten Mann, nach vorausgeschickter doppelseitiger Lingualisunterbindung, vollständig trocken und in tiefer Narcose vorgenommen hatte, empfiehlt er diese Methode nicht nur als die gefahrloseste, indem da bei

jede Blutung vermieden werde, sondern auch als die humanste, insofern als bei der dabei ermöglichten tiefen Narcose das an die Inquisitionstorturen erinnernde Schreckbild der Exstirpation mit dem Ecraseur oder dem Thermocauter vermieden werde.

Anstatt die Lingualisunterbindung nach der classischen Methode im Trigonum linguae vorzunehmen, legte Thiriar einen 4—5 Ctm. langen rechtlinigen Hautschnitt an, ganz nahe vom oberen Rand des Zungenbeins, parallel seinem grossen Horn bis an den vorderen Rand des Sternocleidomastoideus, von wo aus in die Tiefe dringend er die Arterie vor der Abgabe der Dorsalis linguae unterband, ein Verfahren, welches zwar schwieriger ist, als die sogenannte classische Methode, aber vor einer Blutung aus der Dorsalis linguae an der Zungenbasis sicher stellt.

BAYER.

64) **O. Bruun** (Esbjerg, Dänemark). **Eine eigenthümliche kleine Epidemie von Erythemen. (En eiendommelig lille Epidemi af Erythemer.)** *Hospitals-Tidende. 23. December 1885.*

Verf. beschreibt eine kleine Epidemie, die 27 Personen (von jeder Altersstufe) betrifft, von denen 14 in einem und demselben Hause wohnten. Die Symptome waren acute febrile Erscheinungen mit Temperaturerhöhungen bis 40°, wozu sich subjective Schmerzempfindungen im Halse gesellten. Objectiv wurden bald scharf begrenzte, „erythematöse“, etwas erhöhte Flecken auf dem Velum palati, den Tonsillen resp. der hinteren Rachenwand (wo bei einem 15jährigen Knaben zwei von einander gesonderte erythematöse Flecken gefunden wurden) bald eine mehr diffus ausgebreitete Röthung beobachtet. Ein einzelnes Mal kam es zur Vesikelbildung auf dem linken Gaumenbogen. Die Bläschen platzten und hinterliessen eine Ulceration, die bald heilte. In mehreren Fällen schloss sich hieran eine Eruption von einem Urticaria ähnlichen, juckenden Exanthem auf dem Rumpf und den Extremitäten. Die Krankheit dauerte circa eine Woche und wurde bisweilen von einer langen Reconvalescenz gefolgt.

Verf. fasst das Leiden als zum Begriff der exsudativen Erytheme gehörend auf, und meint, dass es ein Ausdruck einer vasomotorischen Affection ist, während das Leiden in ätiologischer Beziehung den Infectionskrankheiten am nächsten steht.

SCHMIEGELOW.

65) **Solomon Solis-Cohen** (Philadelphia). **Herpes des Halses. (Herpes of the throat.)** *Medical Record. Vol. 28. No. 2. p. 37. 11. Juli 1885.*

Der Autor berichtet über eine Beobachtung eines nicht zu verkennenden Anfalles dieser Krankheit bei einem 45jährigen, nervösen Mann, welcher in den letzten 15 Jahren wiederholte Anfälle dieser Affection erlitten hatte. Die Bläschen sassen auf dem weichen Gaumen; die meisten hatten die Grösse eines Stecknadelknopfs, eins war drei Mal so gross. Der Autor glaubt, dass dieser Process bisweilen irrthümlich für eine milde Diphtherie gehalten wird, und dass manchmal eine Unterscheidung unmöglich ist. In einem Falle, welcher die Tonsillen betraf, hatten sich die Bläschen und die Exsudation nachher so ausgebreitet, dass diese Organe mit einer gleichmässigen Pseudomembran bedeckt waren.

LEFFERTS.

66) **Stephanides** (Karlsbad). **Angina, Polyarthritis und Purpura rheumatica.** *Prager med. Wochenschrift. No. 50. 1885.*

St. beobachtete diese 3 Erkrankungen bei einer 35jährigen Frau in unmittelbarer Aufeinanderfolge innerhalb 2 Wochen und glaubt daher, dass alle 3 Erkrankungen in gleicher Weise auf vasomotorischen Störungen centralen und infectiösen Ursprungs beruhen, welche Ansicht auch Friedländer theilt. CHIARI.

67) **E. Milsonneau** (Paris). **Zum Studium der einfachen, primären, infectiösen Angina. (Contribution à l'étude de l'angine infectieuse simple primitive.)** *Thèse de Paris. 27. April 1885. — Paris méd. No. 40. 3. October 1885.*

Der Umstand, dass gewisse einseitige Halsentzündungen unter schweren Allgemeinerscheinungen auftreten, wie man sie nur bei infectiösen Zuständen antrifft, lässt M. annehmen, dass dies nur unter dem schädlichen Einflusse von Mikroorganismen geschehen könne, die einen pyrogenen Einfluss auf die Rachenschleimhaut ausüben. Die Absorption dieser Mikroorganismen durch die Lymphbahn von einer erodirten oder des Epithels beraubten Stelle der Schleimhaut des Rachens oder der Tonsille aus führe zu einer phlegmonösen Entzündung der Halsganglien. Die Infection gleiche derjenigen, die man bei der Puerperaladenitis, dem Schankerbubo und bei der Lymphangioitis durch Leichengift beobachte. M. giebt die Krankengeschichten von zwei selbst beobachteten und vier anderen Fällen. — Dass in einem seiner Fälle im Eiter des Lymphdrüsenabscesses Mikrococcen gefunden wurden, beweist an sich nichts für seine Behauptungen.

E. J. MOURE.

68) **M. Taminéau** (St. Pierre's Hospital, aus der Klinik des Prof. Thiry). **Chronische exsudative Angina. Vollständige Umbildung aller Partien der Halsschleimhaut in fibröses Gewebe. Zahlreiche Adhärenzen. Schwere Symptome. (Angina chronique de forme exsudative. Transformations complètes du toutes les parties de la muqueuse de la gorge en tissu fibreux. Adhérences nombreuses. Symptomes graves.)** *La presse médicale Belge. No. 48. 1885.*

Das Laryngoscop ist natürlich in dieser Klinik als Luxusartikel geächtet! Aber man lese dieses Ding von einer Publication, das Unglaubliche, hier ist's Ereigniss! Dabei lacht man noch über die Diagnose, welche vom Laryngologen des Hospital St. Jean auf Syphilis gestellt wurde!! BAYER.

69) **Roux. Ueber das hyperacute Oedem der Uvula. (De l'oedème suraigu suffocant de la luette.)** *Journal de méd. et de chir. No. 9. September 1885.*

Es wird in wenigen Worten ein Fall erzählt, in welchem e frigore Oedem des Zäpfchens aufgetreten war. E. J. MOURE.

70) **Malmsten** (Stockholm). **Primäres Adenoma destruens uvulae. (Tilfälde af adenoma destruens i uvula.)** *Hygiea. Svenska Läkare Sällskapets Förhandlinger. p. 70. Mai 1885.*

Der Fall kam bei einem 62jährigen Manne vor. Die Symptome waren: Empfindung von einem Fremdkörper im Halse und Schwierigkeiten beim Schlucken. Die Uvula war gross, geschwollen bis zur Grösse einer brasilianischen Nuss. Sie

wurde mit einer Scheere durch zwei Schnitte entfernt. Mikroscopisch erwies sich die Geschwulst als Epitheliom. [Weshalb dann der Name „Adenoma destruens"? Red.] Sehr seltener Fall. SCHMIEGELOW.

71) **E. C. Morgan. Der Nutzen der Schlinge bei der Uvulatomie. (The value of the snare in performing uvulatomy.)** *Maryland Med. Journal. 26. Sept. 1885.*

Der Autor wendet fast ausschliesslich die kalte Drahtschlinge an. Vorher wird die Uvula, oder bei empfindlichen Patienten der ganze Pharynx und die Fauces cocainisirt (4pCt.). Zur Schlinge wird Klaviersaite No. 2 oder 3 benutzt.

Der Vorzug der Schlinge vor der Scheere etc. besteht darin, dass der Uvulastumpf symmetrisch sei, schnelle Vernarbung, geringe Blutung und wenig Schmerz vor und nach der Operation eintreten. LEFFERTS.

72) **G. Schmidt. Ueber einen Fall von Angiosarcom des harten Gaumens.** Dissertation. München, 1885. Wolf u. Sohn.

Neubildungen am harten Gaumen gehören, wie die vom Verf. mit grossem Fleiss durchstudirte Literatur beweist, zu den grossen Seltenheiten. So sind unter anderen beobachtet: Knochencysten, welche zuweilen einen heterotop und heterochron entwickelten Zahn enthielten, Fibrome, Enchondrome, Angiome, Adenome, Sarcome und Carcinome. Das vom Verf. beschriebene Angiosarcom sass auf der hinteren Hälfte des harten Gaumens in der Mittellinie und war taubeneigross, glatt, blass und weich, es wurde in der Narcose bei herabhängendem Kopfe operirt. Es enthielt zahlreiche erweiterte mit verdickten Wandungen versehene Blutgefässe, theilweise mit sackartigen Erweiterungen. An die Adventitia schlossen sich dichte Haufen von Rundzellen an, an einzelnen Stellen war das zellenreiche Sarcomgewebe in Form von Schläuchen und Strängen in faserige zellenarme Bindegewebsmassen eingebettet. SCHECH.

73) **Carlier. Injectionszungenspatel. (Abaisse-langue injecteur.)** *Soc. de thérapeutique de Paris. 22. Juli 1885. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 28. August 1885.*

Vorzeigen des Instrumentes. Nähere Beschreibung desselben fehlt.
E. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

74) **X. Francotte** (Lüttich). **Die Diphtheritis, hauptsächlich vom Gesichtspunkte ihrer Ursache, Natur und Behandlung aus betrachtet. (La diphthérie, considerée, principalement au point de vue de ses causes, de sa nature, et de son traitement.)** Bruxelles. Manceaux, Editeur. 1885.

Aeusserst fleissige Arbeit, welche den vom „höheren Unterrichtswesen" für das Jahr 1881—82 ausgesetzten Preis davon getragen hat. Es ist ein 400 Seiten starkes Buch und jeder, der sich mit der Diphtheritis oder einer auf dieselbe bezüglichen Frage beschäftigt, wird es mit grosser Genugthuung consultiren, da er darin alles Belangreiche und in der Literatur über diesen Gegenstand Ausgesagte berücksichtigt und erwähnt findet; so die Geschichte der

Diphtheritis, ihre pathologisch-anatomische Beschreibung mit genauer Anführung der Ansichten der verschiedenen Autoren, die Symptomatologie, Aetiologie, eine eingehende Nachforschung über die Natur des Leidens, sodann die Diagnose, Prognose und Therapie mit Aufzählung der Unmasse von Behandlungsweisen und Specifica, welche dafür schon angepriesen wurden.

In dieser Hinsicht ist der Werth des Buches evident. Nach selbstständiger Forschung und neuen Errungenschaften ist weniger darin zu suchen. BAYER.

75) **Louis Divet** (Janzé). **Eine Diphtherie-Epidemie. (Une épidémie de diphthérie.)** *Gazette des hôpitaux. No. 120. 17. October 1885.*

Vier Fälle von Angina diphtheritica wurden in kurzer Aufeinanderfolge in einem kleinen Districte beobachtet und geheilt. — D. schreibt die Heilung der Aetzung mit Ferrum sesquichloratum zu, die ihm auch sonst während seiner 15jähr. Praxis in der Hälfte der in dieser Zeit so behandelten Fälle gute Dienste geleistet hat. E. J. MOURE.

76) **Guillet. Primäre Larynxdiphtherie mit Fortpflanzung auf die Bronchien. (Diphtérie primitive du larynx propagée aux bronches.)** *Société anatomique de Paris. 20. März 1885. — Progrès méd. No. 3. 16. Januar 1886.*

Vorzeigen der anatomischen Präparate. Sie stammten von einer Frau her, die in hochschwangerem Zustande als mit Albuminurie bei Schwangeren und mit Oedem des Kehlkopfes und der Lungen behaftet ins Spital aufgenommen worden war. Sie kam nieder und starb noch selbigen Tages. — Bei der Obduction fand man röhrenförmige Pseudomembranen, die den Kehlkopf, die Trachea und die Bronchien bis in ihre feinsten Verzweigungen auskleideten. Nichts Krankhaftes im Pharynx und in den Nieren. E. J. MOURE.

77) **Joseph Eichberg. Ein Fall von Typhus, complicirt mit Diphtherie des Larynx, Pharynx, Trachea und der Bronchien. (A case of typhoid fever, complicated with diphtheria of the larynx, pharynx, trachea and bronchial tubes.)** *Cincinnati Lancet and Clinic. 12. Dec. 1885.*

Der Titel des Artikels beschreibt zugleich den Fall. Patient, ein junger Mensch von 19 Jahren, erlag dem Leiden. LEFFERTS.

78) **R. Saundby** (Birmingham). **Diphtheritischer Croup. (Diphtheritic croup** *Brit. Med. Journal. 14. November 1885.*

Demonstration eines Präparats der Luftwege von einem typischen Falle v der Birmingham etc. Branch der Brit. Med. Assoc. am 30. October 1885. Nich Besonderes. SEMON.

79) **J. M. Gross. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Eastern. Med. Journ. 15. Nov. 18*

Nichts Neues. LEFFERTS.

80) **J. E. Winters. Diphtherie und deren Behandlung. Sind membranöser Cr und Diphtherie verschiedene Krankheiten? (Diphtheria and its managem Are membranous croup and diphtheria distinct diseases?)** *N.-Y. Medical Rec 5. Dec. 1885.*

Eine lange und fleissige Abhandlung, in welcher die Identität beider Af tionen behauptet wird.

Ein für die differentielle Diagnose bedeutungsvoller Punkt, dessen der Autor gedenkt, scheint uns wichtig genug zu sein, um hier darauf zurückzukommen. Denn wir sind überzeugt, dass durch Unkenntniss desselben in der Praxis viele Irrthümer begangen werden. Die laryngoscopischen Forschungen von Dr. C. Rauchfuss und Dr. Carl Dehio bei Larynxaffectionen der Kinder haben viele bis dahin dunkle Formen der acuten Laryngitis in das rechte Licht gesetzt. Zuerst Rauchfuss und nach ihm noch ausführlicher Dehio zeigten, dass bei acuter Laryngitis mit ödematöser Infiltration des submucösen Gewebes unterhalb der Stimmbänder dieselbe Larynxstenose mit demselben Husten, Dyspnoe und Aphonie auftreten kann, wie bei dem membranösen Verschluss der Stimmritze: Symptome, die wir bisher gewöhnt waren, auf die pseudomembranöse Laryngitis zu beziehen. Bei der acuten diffusen Laryngitis mit subchordalem Oedem können wir alle Symptome der membranösen Laryngitis haben mit Ausnahme des laryngoscopischen und Obductionsbefundes. Die vor Kurzem erst stattgehabte Entdeckung dieser Facta macht es nicht nur wahrscheinlich, sondern lässt sogar vermuthen, dass viele Fälle von sog. membranösem Croup nicht diphtheritischer Natur, sondern nur Fälle von acuten subchordalen Schwellungen mit Stenose seien, eine Ansicht, der wir nach unserer eigenen Erfahrung in vielen Fällen vollkommen beistimmen können.

LEFFERTS.

81) **J. A. Korteweg. Croup- und Diphtheritisstatistik. (Statistik van Croup en Diphtheritis.)** *Weekblad van Het Nederlandsch Tydschrift. No. 34. 1885.*

In der Allgemeinen Aerzteversammlung vom 14. Juli 1885 im Haag beantragt der Redner, um die überaus variirende Nomenclatur für Diphtheritis und Croup und deren Mischformen, z. B.

Diphtheritis crouposa,
Angina diphtheritica,
„ diphtherina,
„ diphtherica,
„ „ et membranacea,
„ crouposa,
„ membranacea,
Laryngitis crouposa,
„ exsudativa,
Tracheo-laryngitis crouposa,
Laryngobronchitis crouposa etc.

zu beseitigen, als einheitliche officielle Benennungen für die Sterbelisten die zwei Bezeichnungen:

1. Acute Stenosis der Luftwege
   a) mit Diphtheritis faucium,
   b) ohne „ „
2. Diphtheritis faucium,

zu adoptiren.

BAYER.

82) **Ch. J. Renshaw** (Manchester). **Diphtheritis und Croup. (Diphtheria and croup.)** *Brit. Med. Journal. 31. October 1885.*

Vortrag gehalten in der Manchester Med. Society am 7. October 1885. Auf Grund von Thierexperimenten, hinsichtlich deren auf das Original verwiesen werden muss, kam der Vortragende zu den Schlüssen, dass die Zersetzung oder Fermentation animalischer und vegetabilischer Stoffe einzeln nicht ausreichen, um Diphtherie zu erzeugen, sondern dass hierzu beide Factoren gemeinschaftlich thätig sein müssten; dass es nicht möglich sei, membranösen Croup ebenso bei Thieren zu erzeugen, wie Diphtheritis (? Ref.), dass Scharlachfieber, oder eine demselben äusserst ähnliche Krankheit bei Thieren durch Beibringung von Epithel von einem Scharlachfalle erzeugt werden könne, und dass keinesfalls eine der genannten Krankheiten die andere zu produciren vermöge. SEMON.

83) **W. C. Chapman. Diphtherie und Croup. (Diphtheria and croup.)** *Columbus Med. Journal. October 1885.*

Verf. hält die Diphtherie für ein übertragbares und überimpfbares Allgemeinleiden, welches durch ein Wesen, vielleicht eine Bacterie, oder eine andere pflanzliche Bildung, die bis jetzt noch unbekannt ist, erzeugt wird.

Der Croup hingegen hat nichts von diesen characteristischen Zeichen. Er ist ursprünglich eine locale Affection, welche nur dann zu einer Allgemeinerkrankung führt, wenn das Blut, durch Verschluss der oberen Luftwege, der zum Leben nothwendigen Elemente beraubt wird. Die Ursache dieser localen Entzündung ist ebenso wenig befriedigend festgestellt, wie die Pilztheorie für die Diphtherie. LEFFERTS.

84) **CH. J. Francis. Diphtheritis und Paralysis. (Diphtheria and Paralysis.)** *Practitioner. July 1885.*

Genaue Beschreibung des Verlaufs eines Falles von leichter Diphtheritis, gefolgt von schwerer multipler Paralyse und schliesslicher Genesung, seitens des Patienten des Autors, eines Arztes. SEMON.

85) **Rothmann** (Berlin). **Parese der Respirationsmuskeln nach Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 52. S. 900. 1885.*

Bei einem 7 Jahre alten Knaben stellten sich im Verlaufe einer postdiphtheritischen Lähmung Cyanose und Unthätigkeit der Respirationsmuskeln bei intactem Herzen ein. Heilung unter Anwendung von Strychnin und faradischer Electricität auf die Phrenici. B. FRAENKEL.

86) **Philip Zenner. Diphtheritische Paralyse. (Diphtheritic paralysis.)** *Cincinnati Lancet and Clinic. 5. Dec. 1885.*

Eine klinische Vorlesung, gestützt auf die Vorstellung zweier Patienten mit allgemeiner Paralyse in Folge von Diphtherie. Die Vorlesung ist interessant gehalten, bringt aber nichts Neues. LEFFERTS.

87) **Lentowski** (Kronstadt). **Zur Casuistik der acuten Ataxie nach Diphtheritis. (K kasuistice ostroi ataksii poste difterita.)** *Med. prib k mors. sbor. Februar 1885.*

Bei einem 25 Jahre alten Manne stellten sich, nach überstandener Diphthe-

ritis faucium, grosse Schwäche und Mattigkeit ein, wozu sich bald Paralyse des weichen Gaumens, Parese des linken Facialis, näselnde, stammelnde Sprache und Abnahme des Sehvermögens hinzugesellten. Die grobe Muskelkraft blieb erhalten. Die Symptome der acuten Ataxie waren aber sehr deutlich, wie Schwinden der Sehnenreflexe, Coordinationsstörung, herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit, unsichere Localisation beim Berühren etc. Alle diese Symptome waren nach 2 Wochen geschwunden. Verf. schliesst sich der Meinung Buhl's an, der kleine Hämorrhagien im Gehirn und Rückenmark als Ursache der acuten Ataxie nach Diphtheritis ansieht. LUNIN.

88) **Ph. J. F. Hers. Exanthem bei Diphtheritis und ein Fall von Noma. (Exantheem bij diphtheritis en een geval van noma.)** *Weekblad van Het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 41. 1885.*

Mehrere Kinder derselben Familie waren zuvor schon an Diphtheritis erkrankt, zum Theil gestorben, da erkrankte das jüngste (1 $^1/_2$ Jahre alt) unter den Erscheinungen eines acuten Exanthems, ohne dass im Hals von einem Belag etwas zu sehen gewesen wäre. Der Ausschlag war masernähnlich. Kurz darauf liess sich ein geringer weisser Belag im Pharynx nachweisen; das Kind starb unter den Erscheinungen einer Laryngo-Tracheostenose. Verf. bringt die Diphtheritisfälle in Beziehung zu einer zur selben Zeit bestehenden Kälber-Diphtheritisepidemie, welcher im gleichen Hause einige Kälber erlegen waren. Trotzdem bleibt er aber den Beweis schuldig, dass bei der Mehrzahl der Fälle kein „Scharlach ohne Exanthem“ im Spiele war.

Der Fall, welchen der Verf. unter dem Namen „Noma“ mittheilt (warum es Noma gewesen sein soll, weiss er selbst nicht, er vermuthet vielmehr, es könne sich um Gangrän bei Malaria handeln!), scheint eine gangränöse Angina Ludowici mit tödtlichem Ausgange gewesen zu sein. Jedenfalls fehlt gerade das, was man sich bei einem Fall von Noma denkt. BAYER.

89) **G. C. Kingsbury** (Blackpool). **Urinretention bei der Diphtheritis. (Suppression of urine in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 15. August 1885.*

Ein dreijähriges Kind starb am 11. Tage eines Anfalls von Diphtheritis unter Erscheinungen von Delirium und Coma nach 70stündiger, durch kein Diureticum zu hebender Urinretention. Die Halssymptome waren bereits fast vollständig zurückgegangen. Dem Verfasser ist es nicht bekannt, dass eines ähnlichen Ereignisses in den Beschreibungen der Krankheit Erwähnung gethan ist, daher die Publication des Falles. SEMON.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

90) **W. Gruber** (Petersburg). **Ueber den seltenen Musculus crico-hyoideus medianus oder den wahren supernumerären Musculus crico-hyoideus.** Zweiter Fall. *Virchow's Archiv. Bd. 101. S. 256.*

An dem Kehlkopf eines erwachsenen Mannes fand sich unabhängig von einem Seitenlappen der Thyreoidea, welcher sich an das Zungenbein anheftete, ein schlankes, plattrundliches Muskelchen. Dasselbe lag am Ligam. cricothyreoid.

med., am Angul. thyreoid. und auf der Eminentia thyreoid. in der Medianlinie, sowie im Sulcus hyothyreoid. links von der Mittellinie. Es war von der Fascia colli und am Ende etwas vom Musc. sterno-hyoid. sinist. bedeckt. Es entsprang an der vorderen Fläche des Bogens des Ringknorpels und inserirte sich an der hinteren Fläche der linken Hälfte des Körpers des Os hyoidei. Es stellt dieser Muskel den wahren crico-hyoideus dar, wie solcher bisher erst einmal, und zwar von Walsham (St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. XVII. p. 61) beschrieben worden sei. Die Mittheilung Zagorski's bezöge sich auf selbstständig gewordene Portionen der Musc. hyothyreoidei. B. FRAENKEL.

91) **John Curnow** (London). **Der Musculus crico-hyoideus. (The crico-hyoid muscle.)** *British Med. Journal. 5. December 1885.*

Bezugnehmend auf eine redactionelle Notiz des B. M. J. vom 28. November, in welcher ausgeführt war, dass Prof. W. Gruber in St. Petersburg Herrn Walsham als Entdecker des M. crico-hyoideus ansehe (vgl. vorstehendes Referat), weist Curnow in einem Briefe an den Redactear des B. M. J. nach, dass er selbst diesen Muskel bereits 7 Jahre vor Walsham, nämlich im 8. Bande des „Journ. of Anatomy and Physiology" 1874 beschrieben habe. Die Priorität der Entdeckung gebührt aber, Curnow zufolge, nicht ihm selbst, sondern Zagorsky, dessen schon im Jahre 1806 in den „Mémoires de l'académie impériales des sciences de St. Pétersbourg" veröffentlichter Fall nicht, wie Zagorsky selbst glaubte, eine blosse Varietät des M. thyreo-hyoideus, sondern das erste Beispiel eines selbstständigen M. crico-hyoideus darstellt. SEMON.

92) **Ariza** (Madrid). **Kehlkopferscheinungen in Folge von Magenleiden. (Laringismo gastrico.)** *El Distancen. No. 44. p. 211. 20. Mai 1885.*

Verf. citirt zuerst einen Fall (Virchow's Annalen) von Aphonie in Folge einer Indigestion, welche durch ein Emeticum gehoben wurde.

Er will dann beweisen, dass er lange vorher die Idee ausgesprochen habe, dass der erkrankte Magen reflectorische Erscheinungen im Kehlkopfe hervorrufen könne. Schon vor 9 Jahren habe er diese Erscheinungen mit dem Namen Laringismo gastrico belegt und unterscheidet 3 Arten:

1) Hyperästhesie des Kehlkopfs, laryngoscopisch zeigt sich der Kehlkopf dabei gesund, sowie die Fauces, Stimme, Respiration und Schluckact normal, dagegen Klage über Brennen, Schmerz etc. im Halse. Alle diese Kranken litten lange Zeit an Dyspepsie, Pyrosis und dergl. Diese Beobachtungen theilte er dem laryngologischen Congress zu Mailand mit.

Später beschrieb er eine Form, bei welcher der Kehlkopf anatomische Veränderungen zeigte, die Stimmbänder und Umgebung seien hyperämisch, die Stimme zu bestimmten Zeiten belegt, ferner Schmerzgefühl, welche Erscheinungen sich legen oder verschlimmern, je nachdem das Magenleiden zu- und abnimmt. Diese Erscheinung zeige sich besonders bei chronischen Magenleiden und nennt er 2) Laringismo gastrico plastico.

3) Laringismo gastrico paralitico. A. behauptet, dass die Aphonie oder Dysphonie Cholerakranker nicht anders zu erklären wäre, als durch eine vorübergehende Parese oder Paralyse des Kehlkopfes auf reflectorische Weise

hervorgerufen. Er könnte jedoch in der Literatur keine laryngoscopischen Befunde ausfindig machen und hält dieses auch für schwierig ausführbar, wegen Weigerung der Kranken. (Matterstock machte hierüber bei der Würzburger Epidemie gute Beobachtungen und fand derselbe bekanntlich mehrfach diese paralytischen Erscheinungen auf einer Seite, besonders der linken. — Ref.).

Schliesslich tritt A. für die Berechtigung der 3 aufgestellten Arten von Laringismo gastrico, hiperestésico y paralitico ein. KISPERT.

93) **Ariza** (Madrid). **Die gutartige hypertrophische Laryngitis, Beobachtungen etc. Laringitis hipertrófica benigna, observaciones de sus variedades supra é infraglótica.)** Auszug aus dem 5. Bande des Instituto de terapéutica operatoria. *Imprenta Teodoro. Amparo 102. Madrid, 1885.*

A. bespricht zuvörderst die Confusion, die endlich beseitigt ist, betreffs der verschiedenen Formen der „Laringitis hipertrofica", erwähnt seine diesbezüglichen Bemühungen auf dem Congresse zu Mailand und verweist auf seine Arbeit (de la tisis laringea idiopatica, y de l'os signos objetivos que la revelau ai' laringoscopio, Madrid 1886) citirt dann einen Fall von Laryngitis plastica supraglottica mit Tracheotomie und einen zweiten Fall von Laryngitis hypertrophica subglottica benigna.

Befremdend ist im 1. Falle, dass ausser der Tracheotomie bei der ersten Vorstellung keine locale Behandlung des Kehlkopfes vorgenommen wurde, und so die Kranke im weiteren Verlauf von 3 Jahren eine ausgedehnte Stenose des Kehlkopfes acquirirte, sowie dass dieser Fall als gutartig bezeichnet wird.

Der 2. Fall gab grosse Schwierigkeit in der Diagnose und sieht ebenfalls nicht sehr benign aus.

A. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Laryngitis hypertrophica simplex kann ausnahmsweise einen schweren Verlauf nehmen.

2) Die Symptome sind: gleichmässige symmetrische Schwellung der injicirten Schleimhaut, keinerlei Knötchen, noch Tuberositäten, noch Excrescentien, keine, oder höchstens leicht mucöse Secretion. Fehlen von Drüsenschwellungen, chronischer Verlauf. Allgemeinbefinden, abgesehen von der Localität des Leidens, gut.

3) Diagnose nur durch Kehlkopfspiegel möglich. Ferner:

1) Es giebt eine Art der Laryngitis hypertrophica infraglottica, welche sehr schwer zu diagnosticiren ist.

2) Diese Art scheint sehr selten zu sein, da er dieselbe bei den Autoren nicht erwähnt findet. (!)

3) Die Stimmbänder erscheinen sehr breit etc. KISPERT.

94) **Mc. Donagh** (Toronto, Canada). **Ein Fall von hochgradiger Hypertrophie der Taschenbänder mit theilweiser Verwachsung.** Aus Prof. Schnitzler's Abtheilung. *Wiener med. Presse. No. 46. 1885.*

In Folge einer Verletzung durch ein Knochenstück vor 1¼ Jahren war obiger Zustand entstanden. Die Stimmbänder waren ganz verdeckt. Durch Aetzungen mit Chromsäure wurden die Taschenbänder kleiner, die Stimmbänder

sichtbar und die an letzteren sitzenden Knötchen zur Rückbildung gebracht; Athmung und Stimme hatten sich sehr gebessert. CHIARI.

95) **E. Fletcher Ingals. Recidivirende Laryngitis und Verschluss der Nase oder gewöhnlicher Catarrh. (Recurrent laryngitis and obstruction of the nares or ordinary catarrh.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 5. Dec. 1885.*

Der Autor ist der Ansicht: I. Dass die recidivirende Laryngitis gewöhnlich von einem Verschluss der Nasenhöhlen abhängig ist.

II. Dieser Verschluss wird in der Mehrheit der Fälle entweder durch Deviation oder Verdickung des Septum oder durch einen hypertrophischen Catarrh aus unbekannter Ursache bedingt.

III. Um dauernde Heilung zu erzielen, muss der Verschluss beseitigt werden.

IV. Die zur Beseitigung des Verschlusses nöthigen operativen Maassnahmen können durch Cocain. mur. schmerzlos gemacht werden.

V. Diese Behandlungsmethode, gut ausgeführt, bewirkt zuverlässig Heilung, sowohl des Catarrhs wie der Laryngitis, die daraus hervorgegangen ist.

VI. Die Beseitigung des Nasenverschlusses hat oft eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens zur Folge.

VII. Bei acuten Erkältungen oder Exacerbationen des hypertrophischen Catarrhs kann man unmittelbare Besserung erzielen, wenn man, so oft als nöthig, kleine Quantitäten Cocain einbläst. LEFFERTS.

96) **G. Masini. Die Abkratzung der Stimmbänder. (Il raschiamento delle corde vocali.)** *Archivii italiani di Laringologia etc. Fasc. II. 1885.*

M. bespricht die Unzulänglichkeit der medicamentösen Mittel gegenüber der diffusen Hypertrophie der Kehlkopfschleimhaut und besonders derjenigen der Stimmbänder. Er empfiehlt die Abkratzung nach der Methode von Labus, mittelst deren er in zwei Fällen sehr gute Erfolge erzielt hat. Vor der Operation wurde eine 20proc. Cocainlösung applicirt. KURZ.

97) **Moldenhauer** (Leipzig). **Zur Pathologie des Pseudocroup.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 12. 1885.*

Verf. bestätigt auf Grund laryngoscopischer Beobachtung, die früher schon von Störck, Rauchfuss und Dehio gemachte Angabe, dass der Pseudocroup der Kinder auf einer acuten Schwellung des unteren Kehlkopfraumes beruhe, der Laryngitis subchordalis, auch Chorditis inferior genannt. SCHECH.

98) **A. B. Holder** (Paris, Miss.). **Spasmodischer Croup als Complication von Masern. (Spasmotic croup complicating measles.)** *St. Louis Cour. of Medical Sciences. December 1885.*

Geschichte eines einzelnen Falles. LEFFERTS.

99) **J. C. Bowker. Glottisoedem; Tracheotomie; Tod. (Oedema of the glottis; tracheotomy; death.)** *New-York Medical Journal. 21. November 1885.*

Die Section zeigte ein ausgesprochenes Glottisödem mit Betheiligung der ganzen Schleimhaut oberhalb der Stimmbänder. In der Gegend der linken Tonsille befand sich ein grosser Abscess. LEFFERTS.

100) **W. J. Jones. Plötzlicher Tod durch Glottisödem. (Sudden death from oedema of the Glottis.)** *Philadelphia Med. Times. 3. October 1885.*

Das Oedem war wahrscheinlich — nach der klinischen Geschichte zu schliessen — die Folge einer acuten Laryngitis, obwohl das Factum, dass Pat. an vorgeschrittener Bright'scher Krankheit litt, die ätiologische Frage complicirte. LEFFERTS.

101) **Solomon Solis-Cohen. Zwei Fälle von einseitigem, traumatischem Larynxödem. (Verschlucken eines Knochens.) (Two cases of unilateral oedema of larynx due to traumatism. [Bone-swallowing.])** *Philadelphia Medical News. 19. December 1885.*

Im ersten Fall wurde der Fremdkörper vom Patienten mit dem Finger entfernt; im zweiten konnte man ihn nicht finden. In beiden Fällen hatte die Verletzung der Epiglottis sehr schnell Oedem mit den begleitenden Symptomen zur Folge. Eine ausgiebige Scarification schaffte schnell Besserung. Cohen bemerkt, dass in beiden Fällen die Dyspnoe gar nicht im Verhältniss zur Verbreitung des Oedems stand. Dies bestätigt nebenbei die Ansicht, dass der Krampf der Constrictoren des Larynx einen integrirenden Theil der Pathologie des Larynxödems bildet. LEFFERTS.

102) **F. Massei** (Neapel). **Ueber das Erysipel des Kehlkopfs. (Sulla erisipela della laringe.)** *Estratto dal Morgagni. 1885.*

Ausführliche Ausarbeitung eines früheren Aufsatzes des Verf.'s in Form einer Monographie. Zu den 13 Beobachtungen, über die M. damals verfügte, ist noch ein weiterer Fall hinzugekommen. Da die Resultate seiner Studien, die ihn zur Annahme eines nicht selten vorkommenden primären Kehlkopferysipels führen, wesentlich die gleichen sind wie er sie in der früheren Arbeit dargelegt hat, so muss auf das Referat No. 74 in No. 2 des II. Jahrgangs dieses Centralblatts (S. 80) verwiesen werden. KURZ.

103) **E. Stepanow** (Moskau). **Zwei Fälle von Herpes laryngis. (Neskolko sametschani po powodu dwuch slutschajew herpes laryngis.)** *Med. obsv. Bd. XXIV. No. 14. — Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 8. 1885.*

Im 1. Falle war die Herpeseruption blos auf den Kehlkopf (linker Aryknorpel und Epiglottis) localisirt; im 2. Falle war auch das Gesicht mit Herpesbläschen bedeckt. Der 2. Fall ist interessant, weil ausser den Herpesbläschen im Kehlkopf noch weisse Beläge die beiden Stimmbänder und das linke Taschenband bedeckten, so dass eine Verwechslung event. mit Diphtheritis laryngea nahe lag. Ob diese Beläge herpetischen Ursprungs oder das Resultat einer catarrhalischen epithelialen Desquamation waren, vermag Verf. nicht zu entscheiden. LUNIN.

104) **F. Lesch** (Petersburg). **Ueber die Beziehung des Tuberkelbacillus zur tuberculösen Erkrankung des Kehlkopfs. (Ob otnoschenii bugorkowich palotschec k bugorkowim poraschenìam gortani.)** *Wratsch. No. 20, 21, 22. 1884*

Die Thatsache, dass die locale Therapie mit antibacteriellen Mitteln bei der Kehlkopftuberculose, selbst im Beginn dieser Krankheit so wenig Erfreuliches zu

verzeichnen hat, kann nach der Meinung des Verf.'s, sobald man den Bacillus als das Primäre annimmt, nur dadurch erklärt werden, dass es entweder nicht gelingt, auf längere Zeit hindurch das Geschwür zu desinficiren, da aus der Lunge durch Husten immer neue Infectionsstoffe heraufbefördert werden, oder es gelingt in Folge der Zerklüftungen nicht einmal zeitweilig, das Geschwür zu desinficiren, oder endlich, der Bacillus befindet sich so tief im Gewebe, dass die desinficirenden Mittel an denselben nicht herankommen können. Sollten vielleicht die beiden ersten Gründe theilweise bestritten werden können, so bleibt immer noch der dritte bestehen, dass der Bacillus zu tief im Gewebe sitzt. Man könnte aber noch die Frage aufwerfen, ob vielleicht der Bacillus nicht das primäre Agens der Erkrankung ist. Zur Entscheidung der beiden letzten Fragen untersuchte L. mikroskopisch 32 frische Kehlköpfe, die von an Tuberculose Verstorbenen entnommen waren. In 18 von diesen 32 waren schon makroskopisch deutliche Veränderungen und in 15 deutliche geschwürige Zerstörungen bemerkbar.

Bei der mikroskopischen Untersuchung überzeugte sich L., dass die Schwellung und Trübung der Schleimhaut abhängt: 1. von einer Vermehrung und Verdickung der epithelialen Schicht, 2. von einer Vermehrung der zelligen Elemente des Bindegewebes, 3. von einer Infiltration desselben mit lymphoiden Elementen und 4. von einer fettigen Entartung und körnigen Trübung verschiedener zelliger Elemente der Schleimhaut. In diesem Stadium fand L. keine Tuberkel; erst wenn sich aus den Infiltraten Geschwüre bildeten, dann wurden sicher Tuberkel gefunden. Von den 18 oben erwähnten Kehlköpfen wurden 14 auf Bacillen untersucht, und ferner noch 2 Kehlköpfe, an denen makroskopisch keine Veränderungen sichtbar waren. Von diesen 14 Kehlköpfen ist es L. nur in 8 Fällen gelungen, deutlich Bacillen zu finden; dieselben lagen nicht nur im Geschwür resp. dessen Umgebung, sondern konnten bis zum Perichondrium verfolgt werden. In den 6 übrigen Fällen fanden sich wohl Riesenzellen, aber keine Bacillen. Bei 2 Kehlköpfen ohne makroskopische Veränderungen zeigte die mikroskopische Untersuchung der vorderen Fläche der hinteren Kehlkopfwand verschiedene Veränderungen nur geringeren Grades, welche mit denen der tuberculösen Infiltration vollkommen identisch waren; Bacillen wurden hier nicht gefunden. Aus diesen seinen Untersuchungen glaubt L. berechtigt zu sein zu folgern: die ersten Veränderungen bei beginnender Kehlkopftuberculose, wie die Infiltration, sind nicht durch den Bacillus bedingt, geben diesem aber einen günstigen Boden zur Entwickelung. Ist derselbe aber einmal eingedrungen, so kann er seinerseits wieder die Ursache zu weiteren Zerstörungen abgeben. Diese mikroskopischen Untersuchungen erklären uns auch, weshalb die locale antibacterielle Behandlung so hoffnungslos ist, und L. erwartet von einer allgemeinen roborirenden Therapie mehr als von der localen antibacteriellen. LUNIN.

105) Cahn. **Lungentuberculose. Laryngitis; ausserordentlich grosse Hypertrophie der Region der Aryknorpel und der Regio supra-glottica. Anfall von Oppression. Vollständige Aphonie. Behandlung der Laryngitis mittelst Galvanocaustik. Verminderung des Volumens der hypertrophischen Partien, so dass die wahren Stimmbänder sichtbar werden. Verminderung der Aphonie. Besserung des**

Allgemeinzustandes und der Lungenaffection. (Tuberculose pulmonaire. Laryngite; hypertrophie excessive de la région aryténoidienne et sus-glottique. Accès d'oppression. Aphonie complète. Traitement de la laryngite par la galvanocaustique. Diminution de volume des parties hypertrophiées promettant d'apercevoir les cordes vocales inférieures. Diminution de l'aphonie. Amélioration de l'état général et des lésions pulmonaires.) *Annales des mal. de l'oreille etc. No. 3. Juli 1885.*

Der lange Titel verspricht mehr, als die Wiedergabe des Falles enthält. Von der Beweiskraft dieses Falles für die galvanocaustische Behandlung mögen die eigenen Worte des Autors Zeugniss geben: Es wurde eine gewisse (!) Zahl von schnell ausgeführten galvanischen Cauterisationen gemacht, und zwei Monate später konnte man eine Besserung constatiren unter Einfluss dieses Verfahrens, das von Zeit zu Zeit unterbrochen und durch Jodoformanwendung ersetzt worden war."

E. J. MOURE.

106) **Rethi** (Wien). **Zur Casuistik der Miliartuberculose des Kehlkopfes und des Rachens.** Aus Prof. Schnitzler's Abtheilung. *Wiener med. Presse. No. 37, 38 und 40. 1885.*

R. beschreibt 2 Fälle, bei welchen er im Kehlkopfe, und einen, bei dem er am weichen Gaumen das Auftreten und den Zerfall von miliaren Tuberkeln beobachten konnte. Der Grund, dass solche so selten beschrieben werden, liegt nach R. darin, dass sie schwer zu sehen sind und schnell zerfallen. Ref. möchte als weiteren Grund hinzufügen, dass sie wirklich selten sind; bei den vielen Tuberculösen, die er zu sehen Gelegenheit hatte, waren sie nur ca. 5 Mal zu bemerken.

CHIARI.

107) **Neidert** (Baden-Baden). **Primäre Larynxtuberculose.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. No. 12. 1885.*

Verf. hält das Vorkommen einer isolirten Kehlkopftuberculose, d. h. einer nur den Kehlkopf und kein anderes Organ betreffenden Tuberculose nicht für erwiesen. Dagegen glaubt er an das Vorkommen einer primären Kehlkopftuberculose, d. h. an eine früher im Kehlkopfe als in der Lunge auftretende Tuberculose, was durch Mittheilung zweier solcher Fälle erhärtet wird.

SCHECH.

108) **Ariza** (Madrid). **Ueber die vegetative und polypöse Tuberculose des Kehlkopfes in Spanien und dem Auslande. (De la tuberculosis laringea poliposa y vegetante en Espana y en el Extranjero.)** Auszug aus dem 5. Bande des Instituto de térapeutica operatoria. Imprenta E. Teodoro. Amparo 102. Madrid, 1885.

Ariza beansprucht die Priorität der Kenntniss der polypösen Tuberculose des Kehlkopfes. Er citirt die Arbeit Schnitzler's (Wiener med. Presse. Nov. 1884), einen Brief John Mackenzie's, Baltimore, an das internationale Centralblatt für Laryngologie etc., März 1885; Percy Kidd, London (Brit. med. Journ. 26. April 1884) und Gouguenheim (Ann. des malad. de l'oreille et du lar. No. 3. 1884) und sucht dann zu beweisen, dass er bereits 1877 (Anfiteatro Anatómico Espanol. 1877. p. 149 u. 164) einen Fall dieser Art beschrieb. Es handelte sich um einen Tumor von der Grösse einer kleinen Nuss, röthlich, ähnlich einem Sarcom, der vom Tuberculum Czermak [? Red.] der Epiglottis ausging, den

er in verschiedenen Sitzungen exstirpirte und der sich rasch wieder reproducirte. Das Mikroskop offenbarte seine tuberculöse Natur. (Daraus ginge vielleicht hervor, dass A. bereits 1877 den Tuberkelbacillus entdeckt hätte?) Ausserdem waren unterhalb dieser Geschwulst mehrere weissliche flottirende Polypen, von welchen einige exstirpirt werden konnten und sich als tuberculös erwiesen. 1878 veröffentlichte A. (Anfiteatro Anatomico Espanol. 1878. p. 135 u. 151) den Fall eines zweigetheilten gestielten Polypen von der Grösse einer Mandel, implantirt im oberen Theile des vorderen Winkels der Stimmbänder. Die Farbe desselben war hellrosa, mit kleinen weisslichen Flecken besetzt. Auf die Exstirpation dieses Polypen folgte keine Reproduction. Dagegen infiltrirten sich diffus die Epiglottis und die Giesskannenknorpelgegend, die Respiration wurde mehr und mehr erschwert; jedoch konnte der Kranke bis zu seinem Ende nicht beobachtet werden, da er sich der weiteren Behandlung entzog.

Zufolge dieser 2 Fälle und mehrerer anderer ähnlicher nicht publicirter, stellt A. den Satz auf: dass es eine Larynxtuberculose von der Form polypöser und vegetativer Neubildungen giebt, und dass diese Form, nicht wie Schnitzler meint, eine seltene sei, und lange schon vor Chiari von A. bekannt gegeben wurde*).

Obwohl ferner die Autoren die Kehlkopftuberculose in Form von Polypen und Vegetationen nicht zulassen, so habe er doch in mehreren Fällen deren Existenz nachweisen können durch seine Beobachtungen, die keinem Zweifel Platz liessen. (Es wird in dieser Arbeit keinerlei Erwähnung gethan von Tuberkelbacillen. Ref.) Der häufigste Sitz dieser polypösen Tuberculose sei die Epiglottis, der Interarytaenoidalraum und der vordere Winkel der Stimmbänder. Diese Polypen characterisiren sich durch ihre blasse, weissliche Färbung, jedoch nicht in ihrer Totalität und erscheinen in ihren erhabensten Theilen wie mit Flecken bedeckt, welche aufgelagertem Schleime ähneln.

Er schliesst: Und obwohl eminente Gelehrte die Priorität dieser Beobachtung beanspruchen, so war er es, der diese Entdeckung vor Jahren schon publicirte**).

KISPERT.

109) **Percy Kidd** (London). **Notiz über tuberculöse Kehlkopftumoren. (Note on tuberculous tumours of the larynx.)** *St. Bartholomew's Hospital Reports. Vol. XXI 1885.*

Der Autor stellt sich im Eingange seiner Arbeit in dem Prioritätsstreit über

---

*) Eine Arbeit A.'s: („De la tisis laringea idiopatica y de los objetivos que la revelanal laringoscopio." p. 30 u. 31. Madrid, 1881.) wurde Schnitzler vom Autor zugeschickt.

**) Diese Frage kann nur durch das Mikroscop gelöst werden. Die tuberculöse Natur einer Neubildung ist sicher bewiesen durch die Existenz des Tuberkelbacillus. Was die Mikroscopie und besonders die Bakteriologie in Spanien betrifft, so haben wir zur Genüge in diesem Jahre (1885) in der Cholerafrage Kenntniss davon erhalten. Ich freue mich, wenn A. die Priorität zukommt, und sicher wird er ein so wichtiges Präparat von 1877/78 noch besitzen, oder doch irgend ein anderes, da er ja viele derartige seltene Fälle beobachtete, und kann dann Jedem die Richtigkeit ad oculos demonstrirt werden. Ref.

die Entdeckung dieser Tumoren zwischen John Mackenzie und Schnitzler (vgl. Centralblatt. I. S. 290 und 307) vollständig auf Seite des ersteren, giebt dann ein kurzes Resumé der von beiden genannten Autoren und von ihm selbst (Ibid. p. 57) beobachteten Fälle (in summa sechs), und fügt dann eine vorzügliche Beschreibung dreier neuer, von ihm selbst gesehener Fälle (zwei davon mit Obductionsbefund) hinzu, hinsichtlich deren Details auf das Original verwiesen werden muss.

Die allgemeinen Schlüsse, die er aus diesen bisher beobachteten neun Fällen zieht, sind folgende:

In drei Fällen handelte es sich um einen solitären Tumor, in zwei um zwei, in den übrigen drei um zahlreiche Geschwülste. Stets waren die Oberflächen glatt, die Contouren rundlich. Die Grösse variirte von der einer Erbse bis zu der einer Haselnuss resp. kleinen Kirsche. In fünf Fällen waren die Tumoren nicht von Ulceration begleitet, in einem erfolgte Ulceration einige Zeit nach der Entwicklung der Geschwülste, in drei Fällen war schon Ulceration vorhanden, als die Neubildungen zuerst gesehen wurden. Die Situation der Geschwülste war folgende: Ventrikel in 3 Fällen, ganzer oberer Kehlkopfabschnitt in einem Falle, Interarytaenoidfalte in einem Falle, membranöser Abschnitt der Trachea in zwei Fällen. Wahrscheinlich können sie in irgend einem Theile des Kehlkopfs oder der Trachea auftreten. Entfernt sollten sie — gänzlich oder theilweise — nach Kidd's Ansicht nur werden, wenn sie sehr gross oder so situirt sind, dass sie die Athmung stören; sonst thut man wahrscheinlich besser daran, sie sich selbst zu überlassen. SEMON.

110) **Cahn. Destructive tuberculöse Epiglottis mit dem Bilde eines epithelialen Tumors. (Epiglottite destructive de cause tuberculeuse ayant l'aspect d'une tumeur épithéliomateuse.)** *Annales des mal. de l'oreille. No. 3. Juli 1883.*

Die tuberculöse Natur des Leidens wurde durch die Gegenwart von Tuberkelbacillen erwiesen. Lungentuberculose zeigte sich erst später. Die Dysphagie wurde rasch durch Cocain gemildert. Es kam Glottiskrampf hinzu, der die Tracheotomie erheischte. Einige Zeit darauf trat der Tod ein.

Der Autor bemerkt zu diesem an der Klinik Gouguenheim's beobachteten Falle, dass man im Anfange der Erkrankung durch Exstirpation der afficirten Larynxpartie vielleicht hätte einen Erfolg erzielen können, doch hatte der Kranke diesen radicalen Eingriff abgelehnt.

Der Autor kann nicht umhin, bei ähnlichen Fällen die partielle Kehlkopfexstirpation anzurathen, sofern der Allgemeinzustand noch ziemlich gut ist und die Lungen nur wenig ergriffen erscheinen.

Der Ref. überlässt es den Lesern des Centralblattes, dieses neue Heilverfahren der Larynxtuberculose zu würdigen. E. J. MOURE.

111) **Bernard Tauber. Die Localbehandlung der Larynxtuberculose. (The local treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Philadelphia Med. News. 28. Nov. 1885.*

Verf. ist hoffnungsreicher, als die Mehrheit der Beobachter. Denn er glaubt, dass wenn die Larynxphthisis im Beginn, oder im ersten Stadium erkannt und in geeigneter Weise behandelt wird, sie zum Still-

stand und bisweilen zur Heilung gebracht wird. Ist die Krankheit vorgeschritten, so kann man durch zweckmässige Localbehandlung dem Patienten für einige Zeit ein leidliches Wohlbefinden verschaffen. Nach kurzer Besprechung der Pathologie dieses Leidens kommt Verf. zu dessen Behandlung. Seine Ansichten über beide Punkte sind veraltet und nicht im Einklang mit der jetzt herrschenden Anschauung. Vom Cocain hat er keinen Nutzen für die Hebung der Dysphagie gesehen. Er empfiehlt dagegen ein einfaches und wirksames Mittel, nämlich die täglich 1—2malige Anwendung der nachfolgenden Solution auf die ulcerirten Flächen:

℞ Acid. carb. 6,0,
Tinct. jod. 15,0.
Glycer. 8,0.
M. D. S.

LEFFERTS.

112) **Waldo Briggs. Tracheotomie zur Beseitigung drohender Suffocation bei einer Larynx- und Trachealerkrankung. (Tracheotomy to relieve threatened suffocation from disease of the larynx and trachea.)** *St. Louis Med. Surg. Journal. September 1885.*

Der Titel des Artikels bezeichnet die wichtigsten Punkte der Krankengeschichte. — Patient litt an Larynxphthise und die durch Indicatio vitalis bedingte Tracheotomie war von gutem Erfolge. LEFFERTS.

113) **Ariza** (Madrid). **Betrachtungen über die tertiäre Syphilis des Kehlkopfes und deren verschiedene Formen. (Consideraciones acesia de la laringitis sifilitica terciaria observaciones de sus diversas formas.)** Auszug aus dem 5. Bande des Institute terapeutica operatoria. Imperenta Teodoro, Amparo 102. Madrid, 1885.

Die Arbeit bringt meist bekanntes. A. räth bei ausgedehnter Hypertrophie und Infiltration des Kehlkopfes in der lupösen Form der Tertiärsyphilis die Tracheotomie zu machen, wenn auch die Asphyxie noch nicht so sehr vorgeschritten, da er beobachten konnte, dass nicht nur die Syphilome, sondern auch die tuberculösen Infiltrationen des Kehlkopfes nach der Tracheotomie sich vertheilten. KISPERT.

114) **P. Schötz** (Berlin). **Zur Casuistik der Larynxsyphilis bei Kindern.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 36. 1885.*

Mittheilung von 5 Fällen aus der Böcker'schen Poliklinik. 1. 9jähriger Knabe mit Narben und Defecten im Pharynx zeigt anfänglich Ulcerationen der Plicae-aryepigl. Daneben Hutchinson'sche Zähne, Hautgeschwür, Cornealaffectionen. Pat. war ein Zwillingskind, dessen Geschwister und Mutter gesund waren. Der Vater hatte ein Ulcus durum gehabt. Im 6. Jahre seines Lebens hatte der Knabe beiderseitige Arthrocace genu überstanden. Verf. hält die Erkrankung für Syphilis tarda. 2. 15 Jahre altes Mädchen. Durch Otitis erworbene Taubstummheit. Cornealaffectionen. Ulcus rodens am linken Nasenflügel; Perforation des Septums. Narben im Pharynx. Bohnengrosser blassröthlicher Wulst auf dem rechten Taschenband. Vater syphilitisch. 3. Schwächliches Kind, das zweimal tracheotomirt gewesen. Perforat. sept. narium. Pendelnde Geschwülste

des linken Taschenbandes. Vater syphilitisch. 4. 12 Jahre alter Knabe. Verwachsungen im Pharynx. Epiglottis wulstförmig entartet. Vater syphilitisch. Der Knabe war angeblich wegen Papillome der Stimmbänder früher zweimal mittelst Laryngofissur operirt worden. 5. 11jähriges Mädchen. Vater syphilitisch. Ulcerationen des Rachens und Larynx. In allen Fällen brachte Jodkalium schnelle Heilung. B. FRAENKEL.

115) **Van Santvoord. Lupus des Larynx. (Lupus of the larynx.)** *New-York Medical Journal. 5. Dec. 1885.*

Die Affection zeigte sich im Larynx eines 14jährigen Knaben, welcher an Nasenlupus starb. Die Krankheit hatte die Nase, die Oberlippe, die Processus alveolares zwischen den Dent. canin., den harten und weichen Gaumen zerstört. Das Nasenseptum war ausgefallen und das Keilbein lag bloss und war angefressen. Es bestand eine Verdickung der Schleimhaut des Larynx, und an den Ventrikeln und deren unmittelbarer Nachbarschaft sah man warzenähnliche Bildungen, deren Spitzen den Umfang eines Stecknadelknopfes hatten. Die unmittelbare Todesursache bei diesem Falle war von Interesse. Der Knabe befand sich bis 5 Tage vor seinem Tode relativ wohl, als er von heftigen Kopfschmerzen befallen wurde, die zu Delirium, Coma und Exitus letalis führten. Die Basis cerebri war mit einem dichten Lager von Lymphkörperchen bedeckt, die wie bei der tuberculösen Meningitis vertheilt waren, ohne dass jedoch Tuberkel vorhanden gewesen wären. Der Körper des Keilbeins war necrotisch und gab den Ursprung zur Meningitis. Die Lungen waren ödematös; die Leber, Milz und Nieren waren deutlich wachsartig degenerirt. Der Fall scheint deshalb von besonderem Interesse zu sein, weil man Lupus und Tuberculose für identisch hält. Wiewohl das locale Leiden sehr weit ausgebreitet war, so konnte man doch an keiner Körperstelle Tuberkel finden. Auf Bacillen ist das Präparat noch nicht untersucht worden. LEFFERTS.

116) **C. M. Shields. Tracheotomie bei Lupus des Larynx und Diphtherie. (Tracheotomy in lupus of the larynx and diphtheria.)** *N.-Y. Med. Record. 3. Oct. 1885.*

Der Artikel enthält die Details eines Falles von Lupus des Larynx bei einem 55jährigen Manne und eines Falles von Diphtherie bei einem 3jährigen Kinde. In beiden Fällen wurde erfolgreich tracheotomirt. LEFFERTS.

117) **Beavan Rake** (London). **Knotenlepra der Zunge und des Larynx. (Tubercular leprosy of tongue and larynx.)** *London Pathol. Soc. Trans. Vol. 36. 1885.*

Specimen, entfernt aus der Leiche eines 23jährigen Farbigen, der seit 13 Jahren an Knotenlepra gelitten hatte und an Diarrhoe zu Grunde gegangen war. „Zunge stark mit Knoten besetzt und von Fissuren durchzogen; Epiglottis geschwollen, dick und mit einer zottigen Membranschicht bedeckt; die arytäno-epiglottischen Falten geschwollen, die Rima glottidis stark verengert. Magentafärbung zeigt überall Bacillen in den afficirten Kehlkopftheilen.“ SEMON.

118) **Derselbe. Knotenlepra des Kehlkopfs. (Tubercular leprosy of the larynx.)** *Ibidem.*

Specimen, entfernt aus der Leiche einer 41jährigen Farbigen, die an einer milderen Form der Affection gelitten hatte und nach 7jährigem Bestehen der

Krankheit an Diarrhoe gestorben war. „Der Larynx zeigte allgemeine Verdickung mit kleinen Geschwüren über der Epiglottis und den Morgagni'schen Ventrikeln. Magenta zeigte Haufen von Bacillen.“ SEMON.

119) **Kaposi** (Wien). **Ueber Lepra.** Vortrag, gehalten in der Sitzung der Wiener Gesellschaft der Aerzte. 30. Oct. 1885. *Wiener med. Wochenschrift. No. 47, 48 und 49. 1885.*

Dieser Vortrag interessirt uns nur insofern, als K. dabei einen Leprösen vorstellte, welcher im Kehlkopfe Verdickungen an den Stimmbändern zeigte und deshalb schon seit Jahren heiser war. Athembeschwerden bestanden nicht.

CHIARI.

120) **O. Masini** (Genua). **Beitrag zum Studium der Kehlkopflepra. (Contributo allo studio della lepra nel laringe.)** *Archivii italiani di laringologia. Fasc. I. 1885.*

M. will die Lücke ausfüllen, welche die Autoren in diesem Capitel gelassen haben, indem er „mit Aufmerksamkeit und Genauigkeit“ das Symptomenbild der Kehlkopflepra zu zeichnen sucht.

Zwischen dem Auftreten der Hautaffection und der Localisation im Kehlkopf lagen in seinen Fällen 4 Wochen bis 3 Monate. Bei jedem Leprösen war der Kehlkopf in Mitleidenschaft gezogen; derselbe ist also ein Lieblingssitz der Lepra. M. unterscheidet ein erythematöses, ein Infiltrations- und ein ulcero-necrotisches Stadium. Die locale Affection wird eingeleitet durch Trockenheit im Halse, Ermüdung beim Sprechen, Heiserkeit. Selten stellt sich complete Aphonie ein. Beim Schlingen und Athmen bestehen anfangs keine Beschwerden.

Die laryngoskopische Untersuchung zeigt im Beginn die Schleimhaut des Kehlkopfes ungleichmässig geröthet, hauptsächlich die der Epiglottis, der Lig. ary-epiglottica, der Stimmbandränder. Diese Hyperämie weicht später einer deutlichen Blässe. Die Schleimhaut verliert ihren Glanz und sieht wie gefirnisst aus, zugleich nimmt sie an Dicke zu, hauptsächlich an der Epiglottis und im Kehlkopfeingang. Im Pharynx und Larynx pflegt jetzt die Sensibilität stark herabgesetzt zu sein. Bei fortschreitender Verdickung der Schleimhaut kann schwere Larynxstenose eintreten, die die Sondirung oder die Tracheotomie nothwendig macht. Die Form der Theile wird sehr verändert, besonders die der Epiglottis, welche „das Aussehen eines ödematösen Präputium“ annimmt. Diese Veränderungen brauchen Wochen und Monate zu ihrer Ausbildung, und erst nach langer Zeit tritt Ulceration und Necrose der Knorpel ein. Die zuerst kleinen rundlichen, schmutzigen Ulcera breiten sich aus und greifen schliesslich die Knorpel an, die mit dem Secret ausgeworfen werden. Jedoch erreicht die Krankheit selten dieses Stadium, weil die Kranken gewöhnlich vorher sterben.

M. bespricht ausführlich die Differentialdiagnose zwischen Lepra und Lupus, Krebs und Tuberculose, die sich, abgesehen von dem charakteristischen Unterschied des laryngoskopischen Befundes, auch auf das primäre Vorhandensein der Hautaffection stützt.

Es folgt die anatomische Untersuchung zweier Kehlköpfe, die schon einmal veröffentlicht und im I. Jahrgang dieses Centralblatts S. 292 referirt ist.

Bezüglich der localen Therapie werden Zerstäubungen von alkalischen Lösungen mit narkotischen Zusätzen empfohlen. Die von Elsberg befürworteten Einpinselungen von Jodoformäther hat M. wirkungslos gefunden. Bei Substanzverlusten hält er Zerstäubungen von Carbolsäure und Einblasungen von Jodoformpulver für angezeigt. KURZ.

f. Schilddrüse.

121) **B. Ughetti ed E. di Mattei. Ueber die Splenothyroidectomie beim Hunde und beim Kaninchen. (Sulla spleno-tiroidectomia nel cane e nel coniglio.)** *Archivii per le scienze mediche. IX. No. 11. 1885.*

Wiederholung der bekannten, in letzter Zeit so vielfach ausgeführten Experimente, aus denen Verff. keinen Schluss auf die wirkliche Function der Schilddrüse zu ziehen vermögen. Sie fassen die Resultate ihrer Arbeit in folgende Sätze zusammen:

1. Bei Hunden bewirkt die Thyroidectomie und die Spleno-thyroidectomie schwere, stets tödtlich endende Allgemeinstörungen.

2. Die Spleno-thyroidectomie hat die gleichen Folgen wie die Thyroidectomie; sie erschwert oder verändert den auf die einfache Thyroidectomie folgenden Symptomencomplex nicht.

3. Die Schilddrüse hat nicht die Aufgabe, schädliche Stoffe abzusondern oder zu reduciren, so dass ihre Exstirpation zu einer speciellen Intoxication führen könnte. Sie hat keine hämatopoetische Function und keine functionelle Beziehung zur Milz.

4. Bei Kaninchen führt weder die Thyroidectomie noch die Spleno-thyroidectomie zum Tode, nicht einmal zu den Allgemeinstörungen, wie sie bei Hunden charakteristisch sind.

5. Die Bedeutung der Schilddrüse ist bei den verschiedenen Thierspecies eine verschiedene.

(Vergl. die übrigen Referate über dieses Capitel.) KURZ.

122) **Maurer. Mittheilung über die Schilddrüse und Thymus der Knochenfische.** *Sitzungsberichte der Jena'schen Gesellschaft für Med. u. Naturwiss. S. 44. 1885.*

Dem Referenten war die Arbeit unzugänglich. SCHECH.

123) **Jos. Williams** (Sheffield). **Die Aetiologie des Kropfes. (The etiology of goitre.)** *Brit. Med. Journal. 17. October 1885.*

Das Brit. Med. Journal hatte in der Nummer vom 26. September eine redactionelle Anmerkung über den auch in unserem Blatte (dieser Jahrgang p. 135) erwähnten Artikel Dr. Thursfield's über „die Aetiologie des Kropfes in England" gebracht und sich in derselben im Ganzen zustimmend zu den meisten der in dem Artikel entwickelten Ansichten ausgesprochen. In einem sehr interessanten Briefe an den Redacteur des Brit. med. Journal weist nun Williams aus reicher persönlicher Erfahrung nach, dass manche der Thursfield'schen Theorien nicht haltbar sind, vor allem nicht die, dass das Tragen von Lasten auf dem Kopf ein ätiologisches Moment des Kropfes bilde. In Süd-Wales, einer sehr

hügeligen Gegend, tragen die jungen Mädchen während der Pubertätsperiode gewohnheitsgemäss schwere Lasten auf dem Kopfe und Kropf ist dort fast unbekannt. Der Brief verdient von Allen, die sich für die Frage der Kropfätiologie interessiren, im Original gelesen zu werden. SEMON.

124) **D. W. Hand. Eine Struma-Epidemie. (An epidemic of goitre.)** *Northwestern Lancet. 15. Nov. 1885.*

In einer staatlichen Reformschule in St. Paul hatten von 140 Knaben 31 grössere und 13 kleinere Knaben, im Ganzen 44 Knaben eine Struma (gefässreiche Schwellung der Schilddrüse). Bei den meisten waren beide Lappen nebst Isthmus betheiligt und die Tumoren variirten von einer leichten Schwellung bis zu vornüberhängenden Deformitäten. — Von den 19 Mädchen, welche in einem separaten Hause, ungefähr $^1/_4$ Meile von der Hauptschule entfernt wohnten, hatte nur eine eine Struma und zwar hatte sie diese vor ihrem Eintritt in die Schule. Knaben und Mädchen hatten dasselbe Trinkwasser und dieselbe Nahrung.

Die Knaben erhielten am 3. Juli 1885 eine Lugol'sche Jodkalilösung; ihre Diät blieb unverändert. Am 25. Juli trat deutliche Besserung ein und Ende August waren fast Alle gesund. Am 1. October zeigten nur 5 Spuren der alten Schwellung. LEFFERTS.

125) **John A. Macdougall** (Carlisle). **Ueber gewisse tödtliche Fälle von rapid wachsender Struma. (On certain fatal cases of rapidly growing bronchocele.)** *Edinburgh Medical Journal. October und November 1885.*

Diese Abhandlung liefert einen werthvollen Beitrag zu der Literatur über Struma, nicht weil sie etwas ganz besonders Originelles enthält, sondern weil darin ein erfahrener Chirurg vier Fälle von rapid wachsenden fibrösen Kröpfen mit ihrer klinischen Geschichte mittheilt. (Einer derselben war vielleicht maligner Natur.) Die wichtigste Lection, die der Autor giebt, ist die, dass eine anscheinend unschuldige Struma plötzlich an Umfang so wachsen kann, dass drohende Suffocation eintritt. — Es ist schade, dass der Autor nicht im Stande war, durch laryngoscopische Untersuchungen oder Autopsie die Natur der Fälle aufzuklären. Es wäre z. B. im Fall IV. von Interesse, zu erfahren, wie weit die Suffocationsanfälle durch Paralyse der Abductoren bedingt waren. — In dem letzten Theil der Abhandlung werden die verschiedenen Behandlungsmethoden des Kropfes besprochen und mit einander verglichen. P. MC' BRIDE.

126) **Rolland. Ein Fall von Struma. (Un cas de goître.)** *Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux. 16. Juni 1885. — Journal de méd. et de chir. de Bordeaux. 30. August 1885.*

Vorzeigen der Struma einer Frau, die an Septicämie in Folge von Abortus zu Grunde gegangen ist. E. J. MOURE.

127) **H. Peut. Studie über die Blutcysten der Schilddrüse. (Etude sur les kystes hématique du corps thyroide.)** *Thèse. Paris, 24. Juli 1885.* A. Parent.

Es werden in dieser These die pathologische Anatomie, Symptome, Pathogenese, Diagnose, Prognose und Behandlung der Schilddrüsencysten im Allgemeinen und speciell der mit blutigem Inhalt wiedergegeben. — Betreffs der

Pathogenese der Cysten mit blutigem Inhalte nimmt P. neben der gewöhnlichen Entstehungsweise, nach welcher ein Bluterguss in die vorher seröse Cyste stattfindet, noch eine zweite Entstehungsform an. Nach dieser käme die Cyste mit blutigem Inhalte durch Umwandlung eines Angioms der Schilddrüse zu Stande. Die Behandlung dieser Cystenform ist die erectiler Tumoren: coagulirende Injectionen, Electrolyse und Exstirpation. E. J. MOURE.

128) **Lüning** (Zürich). **Heilung von Strumen nach Tracheotomie.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Zürcher Aerzte. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 21. 1885.*

Zwei Fälle. 1) 17jähriges Mädchen, leidet seit dem 7. Jahre an engem Athem. Während eines Typhus sich rasch steigernde Stenosenerscheinungen, Asphyxie. Sofortige Tracheotomie. Luftröhre durch den Kropf hinter das rechte Sternoclaviculargelenk geschoben, weich, säbelscheidenförmig. Nach zwei Monaten kaum noch eine Spur der Struma nachzuweisen. Nach zwei Jahren ist dieselbe ganz verschwunden.

2) 17jähriger Bursche, seit einigen Monaten steigende Dyspnoe. Am 11. September 1882 Erstickungsanfall, Patient vollständig asphyktisch in das Spital gebracht. Grosser weicher Kropf, der vom Schildknorpel bis ins Jugulum reicht. Tracheotomia inferior. Luftröhre erweicht, kantig deformirt. Rasche Abschwellung des Halses. Nach drei Monaten Struma vollständig verschwunden.

Verf. theilt noch neun andere Fälle, zum Theil aus der Literatur, mit, bei welchen ähnliche Erfahrungen gemacht wurden. Er schreibt diesen Erfolg des Luftröhrenschnittes einerseits der Regelung des Athmungsprocesses und Aufhebung der venösen Stase, andererseits der folgenden Kräftigung des Körpers zu, welche bekanntermassen die regressiven Vorgänge in Kröpfen befördern.

In der Discussion stellt Prof. Krönlein die Frage, ob es sich in mehreren der angeführten Fälle nicht um Strumitis gehandelt habe, welche ja zur Atrophie der Schilddrüse führe. L. hält ihm die jahrelange Dauer der Dyspnoe bei einigen Fällen entgegen und behält sich eingehendere Mittheilungen über den Gegenstand vor.

Ref. macht im Anschluss an diese Frage darauf aufmerksam, dass auch Neukomm (s. S. 388 d. Jahrgangs) bei seiner „Untersuchung über spätere Folgezustände nach Tracheotomie bei Kehlkopfdiphtheritis im Kindesalter“ in sieben Fällen ein vollständiges Verschwinden grosser Kröpfe nach der Operation aufgefallen ist, welchem Befunde er zwar bei der grossen Labilität der Schilddrüse im Kindesalter keine grosse, vielleicht zu kleine Bedeutung beimisst.
JONQUIÈRE.

g. Oesophagus.

129) **H. Dicksen. Beitrag zur Lehre vom Schluckgeräusch.** Berl. Dissert. 1885.

D. hat auf der Abtheilung von Prof. Fräntzel an 100 Männern die Schluckgeräusche beobachtet. In zwei Fällen hörte er, auch über dem leeren Magen der Patienten, überhaupt kein Geräusch. Meistens hörte er ein zweites Geräusch, welches er als „rieselnd, plätschernd, glucksend, gurgelnd, kollernd,

blubbernd, brummend oder dem Geräusch eines Ructus ähnlich" beschreibt. Das Geräusch wurde vom Verf. zuweilen auch ohne, dass vorher geschluckt worden war, deutlich und in typischer Weise wahrgenommen. Meistens begann es 6—7, zuweilen 2, 3 oder 4 Secunden nach dem Abschlucken und dauerte 2—4, 5—9, oder sogar 20 Secunden lang. Das erste Geräusch erfolgt 0,1 Secunden nach dem Schlucken und hat den Character, als „werde die Flüssigkeit direct in's Stethoscop hineingespritzt" (Meltzer). Dasselbe wurde bei nur 10 Patienten wahrgenommen, von denen nur 2 Lues hatten und nur 1 Phthisiker war, der an morgendlichem Erbrechen litt. In Folge dessen widerspricht D. den Schlussfolgerungen, die Meltzer aus dem Vorhandensein des ersten Geräusches als wahrscheinlich hinstellt. Von 8 alten Syphilitikern, die untersucht wurden, zeigten nur 2 ein erstes Geräusch. Bei 3 Kranken, die typische erste Geräusche erkennen liessen, zeigte sich bei denselben noch ein zweites Geräusch. D. acceptirt die Meltzer-Kronecker'sche Erklärung, dass das zweite Geräusch durch Schwingungen der Cardia hervorgerufen werde, welche durch den Uebertritt der Schluckmasse in den Magen unter der Einwirkung der reflectorisch angeregten Oesophagusmusculatur entstehen, glaubt aber, dass die unabhängig vom Schluckact auftretenden Geräusche die Ewald'sche Erklärung zuliessen, dass sie durch Magencontractionen entständen. B. FRAENKEL.

130) **Feletti** (Bologna). **Ueber die Percussion des Oesophagus.** (**Sulla percussione dell' esofago.**) *Rivista clinica di Bologna. V. p. 81—92. 1885.*

Bei Oesophagusstenosen fand F., entgegen der Ziemssen'schen Beobachtung, constant tympanitischen Schall vorn am Thorax, wenn der Oesophagus oberhalb der verengten Stelle durch Gas aufgetrieben war, und zwar über dem unteren oder mittleren Drittel des Sternum.

Neun kurze Krankengeschichten erläutern das Gesagte. Der tympanitische Schall fand sich bei künstlicher wie bei spontaner Auftreibung durch Gas. Seine Grenzen nahmen ab, wenn das Gas entleert wurde.

F. glaubt, dass dieses Symptom auch Schlüsse auf den Sitz der Strictur gestatten werde. In einem Fall von Verengerung im unteren Drittel des Oesophagus (das andere waren Cardiastricturen) lag die tympanitische Zone etwas höher.

Im Anfang erzählt Verf. einen Fall von Oesophagusstenose bei einem Trinker, der an Inanition zu Grunde ging und bei dem sich um die Cardia eine Bindegewebswucherung fand, welche das Lumen des Oesophagus vollständig zusammenschnürte. Zugleich bestand enorme Hyperplasie des Peritoneum, welches da und dort mit rahmigem Eiter bedeckt war. KURZ.

131) **F. Franke. Ein Fall von Entfernung eines Fremdkörpers durch Oesophagotomie.** Dissertation. Greifswald, 1885. J. Abel.

Die Arbeit war dem Ref. unzugänglich. SCHECH.

132) **L. Neugebauer** (Warschau). **Zwei Fälle von verschluckten Fremdkörpern mit gutem Ausgange.** (**Dwa przypadki potkniecia eiat obcych, spiczastych, z pomyslnem zejsciem.**) *Medycyna. No. 28. 1885.*

Der erste Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen, welches eine Stecknadel

verschluckt hatte. Dieselbe wurde 58 Stunden später mit dem Stuhl entleert. — Der zweite Fall wurde bei einem 21jährigen Mädchen beobachtet. Im Sommer des Jahres 1878 verschluckte sie während des Lachens eine Nähnadel, die sie im Munde hielt. Einige Zeit nach dem Unfall empfand sie Schmerzen bei dem Schlingen, Brechneigung, Würgen. Nach einiger Zeit schwanden diese Symptome, doch entwickelte sich ein schmerzhaftes Gefühl in der Nabelgegend, das von Zeit zu Zeit verging, um nach Monaten sich wieder einzustellen. Im Jahre 1883, also 5 Jahre später, traten die Schmerzen in solcher Stärke auf, dass sie die Kranke zwangen, im Hospital Hilfe zu suchen. Bei der Untersuchung wurde oberhalb des Nabels eine längliche, unter der Haut befindliche Verhärtung gefunden, die dem Colon transversum entsprach. Leichtes Fieber, belegte Zunge, Appetitlosigkeit und Uebelkeiten bildeten die Klagen der Patientin. Drei Wochen später fühlte sie bei der Defäcation ein heftiges Stechen im After und gelang es ihr, mit dem Finger eine 28 Mm. lange verrostete Nähnadel zu entfernen. HERING.

133) **W. Lindenbaum. Ein Fall von Oesophagotomia externa. (Slutschae naruschnoi oesophagotomii.)** *Wrasch. No. 22. 1885.*

Einem 32jährigen Manne, dem ein Knochenstück in der Höhe des Ringknorpels im Halse stecken geblieben war, entfernte L., nachdem die Extractionsversuche durch den Mund fruchtlos geblieben waren, den Knochen durch die Oesophagotomia ext. Die Operation und der Wundverlauf gingen ganz glatt und drei Wochen nach der Operation wurde Patient als geheilt entlassen. Doch schon nach 2 Wochen stellte er sich wieder vor mit den Symptomen der höchsten Athemnoth, so dass sofort die Tracheotomie vorgenommen werden musste. Kaum war die Trachealcanüle eingeführt, als der Kranke eine Masse Eiter exspectorirte, worauf die Athmung ganz frei wurde. Der eitrige Auswurf dauerte noch einige Wochen; Pat. fühlte sich so wohl, dass die Canüle bald entfernt wurde und auch ganz genesen das Hospital verliess. L. meint, der Abscess habe sich entwickelt in Folge einer Entzündung in der Umgebung der rechten Seite des Oesophagus, die durch das lange Verweilen (fünf Tage) des Knochens im Oesophagus verursacht worden war. LUNIN.

134) **H. B. Sands. Strictur des Oesophagus; interne Oesophagotomie. (Stricture of the oesophagus; internal oesophagotomy.)** *N.-Y. Med. Journ. 14. Nov. 1885.*

Es handelt sich um einen 21jährigen Patienten, welcher durch zufälliges Verschlucken einer Kalilaugelösung sich eine Strictur, 21 Ctm. vom Schneidezahn entfernt zugezogen hatte. Es ging nur ein Catheter No. 12 (französische Scala) hindurch. Zunächst wurde eine Dilatation mit No. 23 versucht, ohne viel damit zu erreichen. Es wurde daher ein Oesophagotom unterhalb des Bulbus der Strictur eingeführt, das Blatt 2,5 Mm. vorgeschoben und hierauf zurückgezogen, indem man in der hinteren Mittellinie des Oesophagus incidirte. Unmittelbar nach der Operation, welche ohne Narcose gemacht wurde und von keiner Blutung gefolgt war, konnte Bougie No. 29 passiren. Hierauf wurde die Erweiterung bis No. 34 fortgesetzt. Die Exploration des Oesophagus, welche bald nach der Operation vorgenommen wurde, zeigte eine zweite Strictur, 30 Ctm. unterhalb des

Schneidezahns, durch welche No. 24 hindurchgelangen konnte. S. dilatirte diese Strictur bis auf No. 29; weiter war es nicht möglich. Während durch die obere Strictur No. 34 passiren konnte, gestattete die untere keine stärkeren Instrumente als No. 29.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) **Ed. Löri. Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfs und der Luftröhre.** Stuttgart, 1885. Ferd. Enke.

Das vorliegende Werk darf als eine der glänzendsten Erscheinungen in der laryngologischen Literatur bezeichnet werden. Wie Jäger in seinem bekannten Buch den Werth des Augenspiegels für die allgemeine Diagnostik präcisirt hat, so beweist der Verf. die ungeheure Wichtigkeit der pharyngoscopischen und laryngoscopischen Untersuchung gerade bei jenen Krankheiten, wo den Zuständen der oberen Respirationswege bisher nur geringe Beachtung geschenkt wurde. Die dem Buch zu Grunde liegende Idee, systematisch bei allen Krankheiten derartige Untersuchungen anzustellen, ist durchaus originell. Die Resultate sind für den practischen Arzt wie für den Specialisten in gleicher Weise belehrend. Das Buch enthält eine so ausserordentliche Fülle neuer Thatsachen und interessanter Beobachtungen, dass für ein Referat die Auswahl sehr schwierig ist. Um den mir gestellten Raum nicht zu überschreiten, beschränke ich mich für diejenigen Capitel, die stets Gegenstand laryngologischer Erörterungen gebildet haben und für den Specialisten im Ganzen nicht sehr viel Neues enthalten, als Hysterie, Schilddrüsenkrankheiten, Aortenaneurysma, Chlorose, Tabes dorsalis, Rhachitis, Tuberkulose, Syphilis und die acuten Infectionskrankheiten, welche Verf. schon vor einigen Jahren in ähnlicher Weise bearbeitet, auf die Bemerkung, dass Verf. seiner Aufgabe vollkommen gerecht geworden und dem Bekannten manche wichtige Beobachtungen und lehrreiche Fingerzeige hinzufügte. Der Schwerpunkt des Werkes ruht in denjenigen Beobachtungen, die, wenn man so sagen darf, auf laryngologisch noch virginalem Boden gemacht sind. Die Resultate derselben mögen hier in Kürze eine Stelle finden.

Bei Meningitis simplex werden Hyperästhesie der Pharynx- und Larynxschleimhaut angetroffen. In einem Falle begann dieselbe mit Glottiskrampf. Meningitische Lähmungen erstrecken sich oft auch auf den Larynx und bewirken dann Schluckpneumonie.

Bei Apoplexien werden je nach dem Sitze der Blutung die verschiedensten Formen von Lähmungen und Anästhesien in den oberen Respirationswegen gefunden. Höchst interessant sind die vom Verf. bei diesen und anderen Lähmungen gefundenen Schluckcatarrhe. Durch Anästhesie des Larynx in die Bronchien gelangte Fremdkörper bewirken durchaus nicht immer Pneumonien, geben aber oft zu sehr hartnäckigen Bronchitiden Veranlassung. Solche können, wenn die Fremdkörper zugleich einen grösseren Bronchus verlegen und dadurch Atelec-

tase eines Lungenlappens bewirken, sehr leicht mit Phthisis verwechselt werden. In einem Falle von Larynxanästhesie, bedingt durch Syphilis des Gehirns wurden bei der Section als Ursache des Schluckcatarrhs im rechten Hauptbronchus 5 Kirschkerne und 33 Traubenkerne gefunden. Die Prognose der Gehirnsyphilis und ihre Folgeerscheinungen stellt Verf. günstig, wenn man dieselbe mit Jodkali und einem Zusatz von Jodum purum (1 Ctgrm. für jedes Gramm Jodkali) behandelt.

Andere Gehirntumoren machen den vorigen ähnliche Erscheinungen.

Bei Bulbärparalyse wurde neben den bekannten Paresen und Paralysen der Muskeln unter zwei Fällen einmal Anaesthesia pharyngis, in keinem derselben Larynxanästhesie beobachtet.

Bei multipler Sclerose war in zwei Fällen verlangsamte Muskelaction des Larynx, ebenso verringerte Energie der Muskeln vorhanden. Es wurde dem Commando des Intonirens relativ spät Folge geleistet, ebenso konnten die Töne nicht lange gehalten werden. Hochgradige Lähmungen, Anästhesien und Schluckcatarrhe sind in 4 Fällen beobachtet. Aehnliches wurde bei Pachymeningitis in Folge von Caries vertebr. beobachtet.

Bei Meningitis cerebrospinalis epidemica kann durch die hochgradige Nackencontractur der 4. Halswirbel so nach innen gedrängt sein, dass er laryngoscopisch für einen Abscess imponiren und nur durch die Sonde von einem solchen unterschieden werden kann. Im späteren Stadium der Meningitis, ebenso bei amyotrophischer Lateralsclerose und bei progressiver Muskelatrophie wurden hochgradige Lähmungen des Pharynx und Larynx beobachtet.

Im epileptischen Anfall kann man nur mit Hülfe eines kräftigen Mundsperrers laryngoscopiren. Man findet hier die Stimmritze wie bei anderen Glottiskrämpfen sehr fest geschlossen. Anästhesie des Pharynx und Larynx wird bis zu 2 Stunden nach dem Anfall angetroffen.

Bei Pleuritis kann der laryngoscopische Befund von grosser differentialdiagnostischer Wichtigkeit sein. Lähmunngen durch Recurrensdruck weisen darauf hin, dass es sich um starres Exsudat, Schwartenbildung handelt. Tiefe Substanzverluste machen es fast sicher, dass die Pleuritis tuberculöser Natur seien. Recurrenslähmungen finden sich auch bei Carcinoma pleurae.

Bei Emphysema pulmonum kommen ausser venösen Stauungen in der Schleimhaut paradoxe Bewegungen der Stimmbänder vor, indem sich die Stimmritze bei tiefen Inspirationen, ebenso bei tiefen Exspirationen statt sich zu erweitern, verengert. (Auch vom Ref. mehrfach beobachtet.)

Alle Formen von Bronchitiden können Ursache und Folge von entzündlichen Zuständen des Larynx sein, ebenso Catarrhalpneumonie, Gangräna pulmonum, Lungencirrhose.

Durch zwei eigene Beobachtungen kann Ref. auch die Angabe bestätigen, dass einer croupösen Pneumonie bisweilen ein hochacuter Larynxcatarrh vorausgeht, dass man, wie Verf. angiebt, eine Pneumonie prognosticiren kann, wenn ein acuter Larynxcatarrh nach mehrtägigem Bestehen noch eine Temperatur von über 39° aufzuweisen hat.

Lungenödem kann in Folge von Larynx- oder Trachealstenosen als Oedema ex vacuo durch Luftverdünnung in den Bronchien zu Stande kommen.

Bei Pericarditis wurde vier Mal Stimmbandlähmung durch Druck des Exsudats auf den Recurrens beobachtet, bei Dilatation des linken Vorhofs kann es zu Compressionsstenosen der Trachea kommen. Congenitales Offenbleiben des Ductus Botalli bewirkt ebenso wie Aneurysma Pulsation der Trachea und ist daher mit diesem leicht zu verwechseln. Dextrocardie zeigt tracheoscopisch den Eingang des linken Bronchus grösser, als den des rechten. Bei Endocarditis septica findet man besonders häufig im Larynx und Pharynx Blutungen, deren Kenntnissnahme differentialdiagnostisch verwerthet werden kann. Bei allen Erkrankungen des Herzens sind die Stauungserscheinungen auch in den oberen Respirationswegen nachweisbar.

Das Vorkommen von Soor im Pharynx und Larynx verdient grosse Beachtung, weil es, wenigstens in ausgedehntem Maassstabe, nur bei Zehrkrankheiten vorkommt. In einem zweifelhaften Falle eines Darmtumors diente dies Symptom um die später durch Obduction gerechtfertigte Diagnose auf Carcinom zu stellen.

Ein Divertikel des Oesophagus wölbte sich in einem Falle so in den Pharynx vor, dass es Athembeschwerden verursachte, ebenso wird bei Perioesophagealabscessen die hintere Trachealwand vorgewölbt. Magendarmcatarrhe können Ursache und Folge chronischer Rachen- und Kehlkopfscatarrhe sein.

Bei Lebercirrhose kommen häufig Blutungen aus den oberen Respirationswegen, Ecchymosen und Hämatome im Pharynx und Larynx vor, welche vor allem den Verdacht auf diese Affection lenken können. Leberechinococcus kann bei Durchbruch in die Lunge krankhafte Erscheinungen im Larynx und Aushusten von Häkchen produciren. Beim Morbus Addisonii beobachtete Verf. einen bohnengrossen Pigmentfleck an der Epiglottis.

Bei allen Nierenkrankheiten kommen Catarrhe im Pharynx und Larynx vor, bei Nephritis interstitialis ist die Pharyngitis sicca häufige Begleiterin. Ebenso ist Larynxoedem eine häufige Erscheinung bei Nephritis und hat gewöhnlich seinen Sitz an der hinteren Larynxwand. Diphtheritis ist ausser bei Nephritis scarlatinosa selten mit Nierenkrankheiten verbunden.

Bei amyloider Nierendegeneration, ebenso bei Nierentuberculose ist die Anämie des Larynx so hochgradig, wie man sie sonst kaum sieht. Die Geschwüre des Larynx haben bei Nierenkrankheiten grossen diagnostischen Werth, weil sie nur bei der Tuberculose und dem Amyloid vorkommen.

Bei Miliaria, Herpes und Pemphigus der Haut hat Verf. ähnliche Eruptionen auch im Larynx gesehen. Urticariaquaddeln können in der Trachea so zahlreich und confluirend sein, dass sie förmliche Erstickungsanfälle machen.

Bei Anaemia perniciosa und Leukämie werden ausser der der Krankheit entsprechenden Färbung auch Blutungen in die Larynxschleimhaut beobachtet. Ebenso findet man daselbst zahlreiche Ecchymosen beim Morbus

maculosus Werlhofii und Scorbut. Hirsekorngrosse Gichtknoten an den Kehlkopfknorpeln sind bei Arthritis urica nicht selten.

Bei Diabetes mellitus kommt bisweilen Pharyngitis sicca, zuweilen hochgradiger Larynx- und Trachealcatarrh vor. Auffallend war dem Verf., dass trotz der diese Krankheit so häufig complicirenden Lungentuberculose, Larynxtuberculose ausserordentlich selten beobachtet wird.

Von besonderem Interesse ist der der Scrophulose gewidmete Artikel. Die scrophulösen Geschwüre, welche in den meisten Lehrbüchern kaum erwähnt werden, fanden hier ausgedehnte Beschreibung und Würdigung. Allerdings scheint es dem Ref. nicht ausgeschlossen, dass manches hier hineingezogen ist, was von rechtswegen der Lues und Tuberculose zuzuschreiben wäre. Eine ausführlichere Besprechung dieses Capitels, das den Lesern besonders anempfohlen sein soll, würde hier zu weit führen.

Bei Meningitis tuberculosa kommen ausser älteren tuberculösen Larynxprocessen Reizerscheinungen später Lähmungserscheinungen im Pharynx und Larynx vor. Als neu hervorzuheben ist hier das zeitweilige Vorkommen symptomloser Miliartuberkel des Pharynx.

Eine Angina ist häufig Prodromalerscheinung eines acuten Gelenkrheumatismus und verschwindet mit Ausbruch desselben. Der rheumatische Pharynxcatarrh zeichnet sich durch hochgradige Schmerzhaftigkeit und kurze Dauer aus, ebenso die rheumatische Laryngitis.

Die Einwanderung von Trichinen in den Pharynx bewirkt Schmerzhaftigkeit und Schlingbeschwerden.

Trichinose des Larynx bewirkt Stimmbandlähmungen.

Bei Malleus kommt Larynxcatarrh vor; daneben werden Rotzknötchen im Pharynx, im Larynx und in der Trachea beobachtet.

Bei Lyssa humana ist zuweilen Röthung und Schwellung des Pharynx vorhanden. Bei den Inspirationskrämpfen des Patienten war in einem Falle das Offenbleiben der Stimmritze constatirt.

Bei Carbunculose wurde in einem Falle Perichondritis des Ringknorpels und der rechten Arytaena beobachtet.

Einer eigentlichen Kritik giebt der Verf. ausser einigen kleinen Bemerkungen wenig zu thun. Der Anschauung, dass das Erbrechen bei Meningitis, welches ja gerade dadurch characterisirt wird, dass es fast stets plötzlich ohne vorangegangenes Würgen auftritt, durch locale Pharynxreizung zu erklären sei und nicht wie bisher durch Vagusreizung vom Gehirn, wird wohl Niemand beistimmen. Ebenso unwahrscheinlich erscheint die Deutung des Cri hydrencephalique als Larynxsymptom. Bei Besprechung der Atonia glottidis der Phthisiker hatte die übrigens a. a. O. citirte E. Fränkel'sche Muskeldegeneration zur Erklärung herangezogen werden dürfen.

In einer zweiten Auflage, die zweifelsohne bald erscheinen dürfte, wäre die consequent falsche Schreibweise „Morbus Bryghtii“ und „Pemphygus“ zu vermeiden.

Dankenswerth wäre es, wenn der Verf. in einer zweiten Auflage die in jüng-

IV. Briefkasten.

Prof. L. v. Schrötter's 25jähriges Doctor-Jubiläum.

Soeben geht uns die Nachricht zu, dass in den letzten Tagen des Februar ein anderes, die Leser unseres Blattes interessirendes 25jähriges Doctor-Jubiläum in Wien gefeiert worden ist. Dieses Mal war der Jubilar Prof. v. Schrötter. Wenn auch seinem Wunsche gemäss die Feier des Tages auf den engsten Kreis beschränkt blieb, so machen wir uns hoffentlich keiner Indiscretion schuldig, wenn wir — post festum — den zahlreichen Verehrern und früheren Schülern des Jubilars von dieser Feier, an welcher wir Alle den herzlichsten Antheil nehmen, Kunde geben, und in ihrem wie unserem eigenen Namen dem um den Ausbau unserer Wissenschaft hochverdienten Forscher, dem gediegenen und erfolgreichen Lehrer wünschen, dass er sein goldenes Doctor-Jubiläum in der gleichen Rüstigkeit feiern möge, deren er sich heute erfreut! —

Laryngologische Ethik.

(Eine Zuschrift an den Herausgeber des Centralblatts.)

Sehr verehrter Herr Redacteur!

Betrachten Sie es nicht als eine Schmeichelei oder als Captatio benevolentiae, wenn Einsender gleich am Anfange seiner Zeilen Ihnen seinen verbindlichsten persönlichen Dank abstattet für Ihre Schöpfung, das Internationale Centralblatt. Sie bieten Ihren Lesern nicht nur eine ausserordentliche Fülle von Material, dessen nach Organen geordnete Zusammenstellung ganz besonders derjenige zu schätzen weiss, der früher die zu seinen Arbeiten nöthige Literatur nur mit grosser Schwierigkeit und beträchtlichem Aufwand an Zeit und Geld zu sammeln vermochte, sondern Sie beweisen auch durch Ihr warmes Eintreten für die Standesinteressen, dass Sie Herz und Mund am rechten Flecke haben. Es sei nur flüchtig erinnert an die interessanten nnd objectiv gehaltenen Aufsätze über die Stellung der Laryngologie in den verschiedenen Culturstaaten, sowie an Ihr energisches Bestreben, der Laryngo-Rhinologie jene Gleichberechtigung zu verschaffen, welche ihr schon längst gebührt hätte. Wenn nun auch Einsender dieses für die nächste Zeit noch keinerlei Besserung der bisherigen Verhältnisse zu erwarten wagt, so ist derselbe doch ebenso wie Sie von dem endlichen Siege der guten Sache überzeugt. Dass aber das gesteckte Ziel nicht in allzu weite Ferne gerückt werde, dazu können die Fachgenossen selbst einen guten Theil beitragen. Man beurtheilt mit Recht den Werth einer Wissenschaft nach ihren Leistungen und nach ihrer Publicistik; über die ersteren brauche ich, da sie allgemein anerkannt sind, kein Wort zu verlieren; der letzteren allein sollen deshalb die nachfolgenden Zeilen gewidmet sein.

Wer die medicinische Literatur der letzten 10 Jahre aufmerksam verfolgt hat, dem kann es nicht entgangen sein, dass sich allmälig Missstände in dieselbe eingeschlichen haben, die früher nicht oder doch wenigstens nicht in dem Umfange vorhanden waren. Auswüchse auf literarischem Gebiete kommen zwar überall vor, doch scheinen die Specialfächer für dieselben einen ganz besonders geeigneten Boden zu bilden. Auch die laryngologisch-rhinologische Publicistik hat sich von solchen Auswüchsen nicht völlig frei zu erhalten vermocht. Einsender masst sich nicht das Recht an, den Fachgenossen Rathschläge zu geben, was und wie sie publiciren sollen, er will nur warnen und darauf hinweisen, dass ein Uebel um so bösartiger um sich greift, je länger man dasselbe ignorirt und je ungestörter man dasselbe weiterwuchern lässt. Einem guten Theile der in den letzten Jahren erfolgten Publicationen kann leider in Bezug auf Inhalt und Form nichts Rühmenswerthes nachgesagt werden. Namentlich glauben einzelne Publicisten in zügellosem Drange nach baldiger Berühmtheit durch die Quantität der Production die Qualität ersetzen zu können, und so werden denn untergeordnete, geringfügige, ja selbst gänzlich belanglose Dinge zu epochemachenden

Entdeckungen emporgeschraubt und, damit die leidende Menschheit möglichst bald der Segnungen dieser Entdeckungen theilhaftig werde, gleichzeitig in mehreren Journalen und Sprachen veröffentlicht. In der Hochfluth der Casuistik droht zur Zeit Alles unterzugehen. Einsender ist weit entfernt, den hohen Werth der Casuistik zu verkennen; im Gegentheil er hält dieselbe für absolut nöthig, denn auf ihr baut sich, wie der Palast aus den einzelnen Steinen, das stolze Gebäude der Wissenschaft auf — aber er vermag durchaus nicht den Nutzen endloser Krankengeschichten zu begreifen, welche nach keiner Richtung hin etwas Besonderes oder gar Neues bieten und deren Drucklegung nur dem jeweiligen Verfasser Befriedigung gewähren kann. Die früher so beliebten „vorläufigen Mittheilungen", welchen meist Nichts oder sehr wenig nachfolgte, scheinen in der Neuzeit mehr und mehr aus der Mode zu kommen — sie werden reichlich ersetzt durch „Entgegnungen", „factische Berichtigungen" und „Reclamationen", deren Ton, wie das in der Januar-Nummer 1886 dieses Blattes abgedruckte Elaborat des Herrn Stanislaus v. Stein beweist, die Grenzen des publicistischen Anstandes um ein Erkleckliches überschreitet. Dass der so schamlos Angegriffene mit seiner Vertheidigung völlig im Rechte ist, bedarf eigentlich keines weiteren Beweises; vielleicht interessirt es aber die Leser Ihres Blattes doch, zu erfahren, was ein in einem anderen Fache allgemein anerkannter und geschätzter Autor, der auch einmal (1872) in einen Prioritätsstreit verwickelt war, seinem Gegner erwiderte. „Bis heute," schrieb derselbe, „besteht in der wissenschaftlichen Welt der Grundsatz zu Recht, dass bei Zuerkennung der Priorität einer Erfindung oder Entdeckung einzig und allein die schriftliche Publication massgebend ist, und mit Recht, denn wäre dem nicht so, so könnte man mit Berufung auf mündliche Mittheilungen an dritte Personen oder auf private Aufzeichnungen Anspruch auf die Priorität einer Entdeckung machen und wäre es mit Hilfe von Parteizeugen Jedermann leicht, das Ergebniss wissenschaftlicher Forschungen Anderer für das Resultat seiner eigenen Arbeiten auszugeben oder an den wissenschaftlichen Verdiensten Anderer zu participiren." Abgesehen von der Richtigkeit des eben Vorgetragenen glaubt der Einsender, dass sich so mancher Prioritätsstreit vermeiden oder wenigstens in anständigerer Form zum Austrage bringen liesse, wenn beide Parteien bedenken würden, dass auf dem engbegrenzten Gebiete der Specialitäten eine und dieselbe Idee recht wohl in zwei Köpfen entstehen und zum Durchbruch kommen kann, ohne dass der eine den anderen des geistigen Diebstahls zu beschuldigen brauchte. Mit dem Taktgefühl hat es aber eine eigene Bewandtniss; man behauptet vielleicht nicht mit Unrecht, dasselbe sei angeboren oder müsse in frühester Jugend geweckt werden und derjenige, der dasselbe nicht besitze, könne es später nimmermehr erwerben. Jedenfalls ist es nicht taktvoll, das, was man selbst nicht gesehen hat, zu leugnen oder deshalb die Ehrlichkeit Anderer zu bezweifeln; es ist ferner nicht taktvoll, die langjährigen Erfahrungen älterer Collegen auf Grund einer oder einiger Beobachtungen in brüsker Weise zu rectificiren oder eine flüchtige Bemerkung, ein Citat aus den Arbeiten solcher in hämischer Weise zu benörgeln. Welches Epitheton aber verdienen Jene, in deren Publicationen sich ganze Sätze, ja Seiten aus Arbeiten Anderer ohne Angabe der Quelle und ohne Nennung des ursprünglichen Autors wiederfinden?

Auch auf dem Gebiete der Referate und Kritiken begegnet man verschiedenen Unzukömmlichkeiten. Dass zuweilen werthvolle Arbeiten gar nicht referirt, d. h. todtgeschwiegen werden, weil ihr Verfasser nicht der Schule des Recensenten angehört, oder weil er der „Koryphäe" nicht genug Weihrauch streute, oder gar einmal, gestützt auf gute Gründe, entgegenzutreten wagte, soll nur nebenbei erwähnt werden. Gerade der Kritiker und Referent sollte sich der strengsten Objectivität befleissigen, er sollte evident schlechte und stümperhafte Arbeiten nicht mit dem Mantel der Nächstenliebe bedecken, sondern schonungslos an den Pranger stellen, mittelmässige nicht in den Himmel erheben, sondern auf ihren wirklichen Werth reduciren, vor allen Dingen aber: auch dem Gegner volle Gerechtigkeit widerfahren lassen. Wer immer in die Oeffentlichkeit tritt, muss sich gefallen lassen, auch öffentlich nach Verdienst behandelt zu werden! Nur durch eine strenge Sonderung des Weizens von der Spreu wird es möglich werden, dem Hauptübel unserer Zeit, der Vielschreiberei, und dem damit eng

verbundenen publicistischen Streberthum und der wissenschaftlichen Impotenz wirksam entgegenzutreten.

Sollten Sie, hochverehrter Herr Redacteur, diese freimüthigen Zeilen der Aufnahme in Ihr geschätztes Blatt für werth erachten, so würde daraus doch vielleicht der allgemeinen Sache mit der Zeit ein Nutzen erwachsen. Es grüsst Sie in steter Verehrung

Ein Laryngologe, der es mit seiner Wissenschaft redlich meint.

[Die vorstehende Zuschrift unseres geschätzten Herrn Correspondenten berührt eine Reihe von Punkten von so vitalem Interesse für die gesunde Entwickelung der Laryngologie, dass jeder derselben eine ausführlichere Erwägung verdient, als in einem kurzen redactionellen Zusatz ihm zu Theil werden könnte. Wir werden in Bälde versuchen, sowohl die theilweise sehr heiklen Fragen, die unser Herr Correspondent anregt, im Anschluss an seine Ausführungen sine ira et studio, aber mit demselben Freimuth, der seine Zuschrift auszeichnet, an hervorragender Stelle unseres Blattes zu behandeln, als auch anderer verwandter Gegenstände zu gedenken, deren er nicht Erwähnung thut. Schon heute aber sagen wir ihm herzlichsten Dank für seine Zuschrift, nicht etwa nur, weil er unserer eigenen Bestrebungen mit so freundlicher Anerkennung gedenkt — obwohl wir diese Anerkennung gebührend zu schätzen wissen —, sondern vor allen Dingen, weil wir diesen Brief als ein **erstes** Zeichen **allgemeinerer** Theilnahme an den **öffentlichen** Interessen der Laryngologie begrüssen. Es fehlt unserer Specialität nach völlig an einer „Oeffentlichen Meinung“, und eine Anzahl der von unserem Herrn Correspondenten mit Recht gerügten Uebelstände ist nicht in letzter Stelle auf die gemeinnützigen Fragen gegenüber an den Tag gelegte Indifferenz zurückzuführen. Möge dies vielversprechende Zeichen erwachenden Gemeinsinns nicht vereinzelt bleiben! — **Red.**]

Steckenbleiben der Epiglottis in den hypertrophischen Geweben an der Zungenbasis (eine Anfrage).

Kann wohl einer der Herren Collegen mich freundlichst darüber informiren, wo ich die Angabe finde, dass die Epiglottis bisweilen in den hypertrophischen Geweben an der Zungenbasis stecken bleibt?

16 Chester Street.
Edinburgh. Schottland.

P. M'BRIDE.

„Larynges“ oder „Larynxes“? (Eine „internationale“ [?] Frage.)

Trotz aller internationaler Congresse, trotz aller Versicherungen, dass „die Wissenschaft kein Vaterland habe“ etc., etc., haben wir bereits zu wiederholten Malen zu constatiren gehabt, dass der wissenschaftliche Chauvinismus im Laufe der letzten Jahre in unliebsamster Weise zugenommen hat.

Eine neue Illustration dieser Thatsache bietet folgende Lappalie:

Ein prominenter Londoner Laryngolog (wer?) hatte den Plural „Larynges“, den ein Brooklyner College gebraucht hatte, kritisirt, und behauptet, derselbe müsse „Larynxes“ lauten. Auf Grund der Analogie mit dem Worte „Phalanx“, dessen Plural „Phalangen“ lautet und der Derivationen der Worte „Larynx“ und „Phalanx“ weist Mr. D. R. **Dodge** in einer Zuschrift an den Redacteur des New-York Med. Record (30. Januar 1886) diese Behauptung zurück, und fügt in einer Nachschrift noch hinzu, dass er in **Goold Brown's** „Grammar of English Grammars“ nur den Plural „Larynges“, dagegen keine Erwähnung des Plurals „Larynxes“ gefunden habe. —

Soweit ist das recht schön und dankenswerth. Aber warum in aller Welt nun die ironische Schlussbemerkung, dass Herr **Dodge** bei der bekannten conservativen Gesinnung englischer Männer der Wissenschaft, speciell Vorschlägen gegenüber die „von dieser (d. h. der amerikanischen) Seite des Wassers“ kämen, nicht erstaunt sein würde, wenn „Larynxes“ seinen Platz in englischen Herzen behielte? — Herr **Dodge**

hat nicht den Schatten eines Beweises dafür beigebracht, dass der „prominente Londoner Laryngolog" im Namen und Auftrage „englischer Männer der Wissenschaft" gesprochen hat, und ebenso wenig gezeigt, dass die Schreibart „Larynxes" überhaupt die in England gebräuchliche sei. Wir bestreiten letzteres vielmehr in toto. Warum also, so fragen wir noch einmal, die Antwort auf eine ganz persönliche, individuelle Meinungsabgabe zu einem Angriff auf die angebliche „conservative Gesinnung" der Gelehrten eines anderen Landes aufbauschen?

Wir haben weiter oben bewussterweise die sachliche Frage, um welche es sich hier handelt, als eine „Lappalie" bezeichnet. Aber gerade deshalb erschien sie uns geeignet, die zunehmende Unsitte, rein wissenschaftliche oder selbst persönliche Fragen auf nationales Gebiet herüberzuspielen, zu characterisiren. Wir werden dieser Unsitte auch fernerhin auf das Entschiedenste gegenübertreten.

Eine Reclamation.

Berlin, den 25. Februar 1886.

Hochgeehrter Herr Redacteur!

In Ihrem sehr geschätzten Internat. Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie vom Februar 1886 (No. 8) findet sich unter 9. vom Herrn B. Fraenkel über meinen Artikel „Die Trigeminus-Neurosen" (Deutsche med. Wochenschr. No. 37 u. 38. 1885) ein Referat, welches theils durch Uebergehen wesentlicher Theile meines Aufsatzes, theils durch mannigfache Abweichungen vom Originale ganz geeignet erscheint, meinen Artikel bei Lesern, welche das Original nicht kennen, ungerechtfertigterweise zu discreditiren. Ich ersuche Sie daher, hochgeehrter Herr Redacteur, um Aufnahme dieses meines Schreibens in obengen. Centralbl. zum Zweck der folgenden thatsächlichen Berichtigungen.

Schon am Anfang macht das Referat die nicht ganz gleichgültige Ungenauigkeit, die verschiedenen Halsparästhesien, welche von mir als Trigeminusparästhesien mit falscher Localisation dargestellt werden, als Parästhesien des Pharynx zu bezeichnen. Diese Ungenauigkeit wiederholt sich in der Mitte des Referats. — Nachdem dann das Referat aus meiner 4 Spalten langen Deduction über diese Halsparästhesien einen 6 Zeilen langen Satz wörtlich angeführt hat, zieht es aus diesen 6 Zeilen den Schluss: „Es ist ersichtlich, dass mit der Annahme solcher Theorien der Pathologie hinfort jede Schwierigkeit in der Erklärung der Erscheinungen entzogen werden würde, aber ebenso evident, dass diese Theorien willkürlich und ohne jedes Analogon sind." Diese Bemerkung des Referenten muss beim Leser unzweifelhaft die Meinung erwecken, das Original enthalte kein Wort des Beweises oder auch nur der Begründung meiner „Theorie", während ein grosser Theil der Abhandlung gerade dieser Beweisführung gewidmet ist (cf. D. med. Wochenschr. 37. S. 638—639. Sep.-Abdr. S. 3—7), deren Nachprüfung jedem Unbefangenen durch meine Schilderung ermöglicht ist. Diese meine Begründung wird aber im Referate weder widerlegt, noch überhaupt erwähnt. —

Ferner sagt das Referat abweichend vom Original: „in manchen Fällen **führe** derselbe (nämlich der Trigeminushusten) zu trigeminalen Stimmodificationen", indem das Original nur deutlich ausführt, dass der Trigeminushusten die Trigeminusneurosen (also auch die betr. Kehlkopferscheinungen) als Symptom begleite. — Weiter ist bei Anführung des Asthma der wesentlichen Thatsache nicht gedacht, dass der Artikel den Asthmabegriff ausdrücklich im engsten Sinne auffasst. —

Geradezu verblüffen muss den Leser der Satz des Referats: „Räucherungen von mit starker Salpeterlösung getränkten Stramonium- oder Belladonnablättern bessern den Anfall, **weil** dadurch „Kopfschmerzen (also eine andere Trigeminusaffection) an seine Stelle eintreten." Wie ich annehme, hat dieser im Originale nicht vorhandene Satz wohl nur durch ein Versehen des Setzers diese absurde Form bekommen.

Mit ausgezeichneter Hochachtung

Ihr ergebenster College

SCHADEWALDT.

Antwort des Herrn B. Fränkel.

Auf vorstehende Reclamation habe ich Folgendes zu erwidern: Mein Referat soll sich „mannigfache Abweichungen vom Original" zu schulden kommen lassen. In den beiden letzten Punkten, die Herr Schadewaldt in dieser Beziehung hervorhebt, sind nun in der That zwei Irrthümer vorhanden, von denen ich jetzt, da mein Manuscript nicht aufbewahrt ist, nicht mehr sagen kann, ob sie meine Feder oder der Setzer verschuldet hat. Denn es sind Irrthümer, die in das Bereich des Kobolds gehören, welcher Druckfehler genannt wird. Statt „führe derselbe" muss es nämlich heissen „führten dieselben". Denn ich wollte von den Trigeminusneurosen und nicht vom Trigeminushusten sprechen, wie dies der ganze Zusammenhang, insonderheit der nachfolgende mit „Ebenso" beginnende Satz deutlich zeigt. In dem Satz aber, der den Leser verblüffen soll und in dem schon vorstehende Reclamation einen Druckfehler vermuthet, fehlen vor: weil dadurch „Kopfschmerzen (also eine andere Trigeminusaffection) an seine Stelle eintreten", die Worte: und zwar vom Trigeminus aus. Der mit „ " von mir angeführte Satz findet sich jedoch im Originalartikel. Der Autor desselben wird ihn auf S. 657, 2. Spalte, 3. Alinea seiner Arbeit wieder entdecken, wenn er sie nochmals durchsieht, und zwar genau in dem Zusammenhang, den nach vorstehender Correctur mein Referat wiedergiebt.

Die dritte Abweichung vom Original, die Herr Schadewaldt an erster Stelle hervorhebt, kann ich dagegen nicht ohne Weiteres concediren. Es soll eine „nicht ganz gleichgültige Ungenauigkeit" sein, dass ich statt des neuen Wortes „Hals"-paraesthesie unsere gewohnte und etymologisch geschmackvolle Bezeichnung Paraesthesie des Pharynx gebraucht habe. Die Stelle des Originals, an welcher die betreffenden Beschwerden geschildert werden, lautet wörtlich: „Die Art der Beschwerde ist im jeweiligen Falle verschieden; doch sind die Empfindungen von Druck, Brennen und Kratzen die häufigsten. Der Druck wird meistens in die Fossa jugularis oder in den Kehlkopf verlegt, bisweilen wird der Schlund genannt. Die Angaben sind: „als wenn ein Hinderniss daselbst wäre" oder „als wenn da was hackt und geht nicht raus" oder „als wenn es am Kehlkopf dick läge" oder „als wenn Einem die Kehle zugeschnürt wird" oder „als wenn die Schlundwände verklebt und dick wären" („Klossgefühl"). Das Brennen wird im ganzen Schlund verspürt; Kratzen, Brennen und Schmerz am Zäpfchen; seltener „Kitzel hinter dem Zäpfchen", „Risse oder Sprünge hinten im Schlunde" u. s. w." Ich überlasse es dem Urtheile des Lesers, darüber zu entscheiden, ob einen Referenten eine zu reprimirende Verschuldung trifft, wenn er solche Beschwerden kurz Paraesthesien des Pharynx nennt.

Damit erledigen sich meine „mannigfachen Abweichungen vom Original", und Alles, was in der Reclamation des Herrn Schadewaldt als thatsächliche Berichtigung gelten kann.

Ich soll aber ausserdem wesentliche Theile seines Aufsatzes übergangen haben. In dieser Beziehung muss ich zunächst hervorheben, dass meines Erachtens der Referent darüber zu entscheiden hat, was er in einem Aufsatz für wesentlich hält. Denn er ist ein denkendes Wesen und keine blosse Verkleinerungs-Copirmaschine. Freilich darf der Referent nichts verschweigen, was als neue Beobachtung oder neue Idee angesprochen werden kann, und nichts derartiges habe ich unerwähnt gelassen. Ich führe an, dass Herr Schadewaldt sich in seiner Abhandlung über pathologische Reflexe etc. „verbreitet" und hebe, nachdem ich betont, dass „es schwer sei, den eigenthümlichen Gedankengang des Verf.'s in einem Referat wiederzugeben", einen Satz des Originals im Wortlaut hervor. Dieser Satz erscheint mir auch heute noch nach mehrfach wiederholter Durchsicht des Original-Artikels als das Knochengerüst der Schadewaldt'schen Anschauungen. Dass aber die Anführung und Kritik dieses Satzes beim Leser die Meinung erwecken müssten, das Original enthalte kein Wort der Begründung desselben, ist nach dem vorstehend geschilderten Gedankengang meines Referats eine mir in hohem Grade unwahrscheinliche Vermuthung. Aus der Begründung aber finde ich auch heute beim besten Willen nichts nachzutragen, was ich hätte referiren müssen.

Dann soll ich mir eine Schuld dadurch aufgeladen haben, dass ich es unerwähnt liess, was Herr Schadewaldt unter Asthma verstehe. Das zu sagen, ist nun keine leichte Sache. Die Vorstellungen des Herrn Schadewaldt bewegen sich dabei in

einem Zirkel. Er betrachtet das Asthma „als eine rein nervöse Functionsstörung von ganz bestimmter Art" und ist der Ansicht, „dass eine hochgradige Reflexneurose des nasalen Trigeminus durch zeitweilige Entladungen die typischen Asthmaanfälle bewirkt. Der regelmässige physiologische Wechsel der Respirationsphasen ist im asthmatischen Anfalle gestört, und zwar durch den pathologischen Trigeminusreflex, so dass die beiden Phasen vielmehr in einander übergreifen, indem bei starkem Inspirationsdrange die Lunge selbst durch Contraction der Bronchialmusculatur im exspiratorischen Sinne thätig ist." Während er so auf der einen Seite den schulgerechten Begriff des Asthmas beschränkt, zählt er auf der anderen Seite dem „Genus morbi Asthma" alle Athembeschwerden zu, welche als „Dyspnoe durch nasalen Trigeminusreflex" zu Stande kommen, z. B. den „Inspirationszwang dicht vor eintretender Resolution der Coryza". Wenn man den Begriff des Asthmas so definirt, dann muss allerdings immer eine Reflexneurose des nasalen Trigeminus dabei vorkommen! Ich glaubte aber in meinem Referate genug zu thun, wenn ich erwähnte, dass Herr Schadewaldt letzterer Ansicht sei und denke nicht, dass es seine Arbeit „bei Lesern, die das Original nicht kennen, ungerechtfertigter Weise discreditirt", wenn ich zu erwähnen unterliess, dass er nun seiner Theorie zu Liebe das, was Jeder von uns Asthma nennt, nicht mehr als solches bezeichnet, sobald die supponirte nasale Trigeminusneurose nicht vorhanden ist. Denn so glaube ich in Folge der vorstehenden Reclamation nunmehr seine, wie schon die wörtlich wiedergegebenen Proben zeigen, nicht gerade durch Klarheit ausgezeichneten Ausführungen verstehen zu sollen.

Als mir die schwere Aufgabe zufiel, die Schadewaldt'sche Arbeit referiren zu müssen, habe ich mich bemüht, möglichst mit des Autors eigenen Worten ein objectives Bild seiner Anschauungen zu geben. Bei dem geringen Gewicht der Dinge, die nach genauerer Betrachtung vorstehender Reclamation als thätliche oder Unterlassungssünden auf mein Debet kommen, darf ich annehmen, dass mir mein Vorsatz im Allgemeinen gelungen ist. Ich habe es aber dabei für meine Pflicht gehalten, mich kritisch über Herrn Schadewaldt's Theorien zu äussern, und habe dies wissentlich und absichtlich in scharfer, sicher aber in einer nicht verletzenden Weise gethan. Zu der abfälligen Kritik hat mich nicht die Methode der Diction des Herrn Schadewaldt provocirt, der in superiorem Tone ex cathedra redet und es an Ausfällen gegen Arbeiten Anderer, die er übrigens zuweilen einigermassen missversteht, nicht fehlen lässt. Mich hat zu meiner kritischen Bemerkung vielmehr lediglich die Sache selbst bestimmt. Denn es kam mir ein ganzer Rattenkönig willkürlicher Theorien vor Augen, dem ich entgegentreten zu müssen glaubte.

Zum Schluss eine allgemeine Bemerkung. Dieses Centralblatt verhält sich zu anderen Unternehmungen, wie eine Genossenschaft auf Gegenseitigkeit zu Actiengesellschaften. Es muss deshalb in demselben den einzelnen Autoren ein möglichst grosses Recht gewährt werden. Andererseits aber darf die Empfindlichkeit der Autoren nicht in Hyperaesthesie ausarten, sonst wird den Referenten auf die Dauer vielleicht die Lust und Liebe, sicher aber die nöthige Zeit zur Mitarbeiterschaft ausgehen. Möchten doch die Autoren bedenken, dass jedes Referat mit dem Namen des Referenten gezeichnet ist, also doch nur dessen persönliche Anschauung ausdrückt! Weicht dieselbe von der des Autors ab, so sitzt die Logik der Leser über dem Streitfall zu Gericht, und dieses Blatt hat das Glück, dass es beinahe nur sachverständigen Lesern in die Hände kommt. Schliesslich müssen wir alle, ob als Autoren oder als Referenten, uns der öffentlichen Meinung des Forums der Sachverständigen unterwerfen.

Berlin, den 5. März 1886. B. FRÄNKEL.

Einladung zur Betheiligung an der während der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin stattfindenden wissenschaftlichen Ausstellung.

Es wird beabsichtigt, während der vom 18. bis 24. September 1886 tagenden Naturforscher-Versammlung im Gebäude der Königlichen Academie eine wissenschaftliche Ausstellung neuer Apparate, Instrumente und Präparate zu veranstalten.

Die Unterzeichneten sind mit der Ausführung dieses Planes für das Gebiet der **Medicin** betraut worden. Dieselben richten deshalb an die Herren **Collegen** und **Fabrikanten** die Aufforderung, sich an dem Unternehmen zu betheiligen.

Unsere Ausstellung soll ein Bild geben von der Bewegung auf dem ganzen Gebiete der medicinischen Forschung der letzten Jahre.

Es sind alle Gegenstände erwünscht, die den Fortschritt auf diesem Felde veranschaulichen und besonders alle neuen Hilfsmittel, welche die Technik der Forschung zur Verfügung gestellt hat.

Während alle älteren und bereits allgemein bekannten und eingeführten Apparate, Instrumente und Präparate ausgeschlossen bleiben, behalten wir uns vor, Ausstellungsobjecte, soweit sie durch **eigenthümliche Ausführung und technische Vollendung** ein besonderes Interesse beanspruchen dürfen, zuzulassen, auch wenn sie nicht der allerneuesten Zeit angehören; ebenso scheint es uns von Bedeutung, historisch merkwürdigen oder chronologisch geordneten Gegenständen und Sammlungen den erforderlichen Platz zu sichern.

Eine Platzmiethe wird nicht erhoben; für Auspackung, Aufstellung und Ueberwachung soll auf das Gewissenhafteste Sorge getragen werden. Dagegen sind die Expeditionskosten und der Transport hierher und zurück von den Herren Ausstellern zu übernehmen. Da die Ausstellung **in erster Linie und principiell einen wissenschaftlichen Character** haben soll, eine merkantilische Tendenz aber nicht im Plane liegt, so wird eine **Ordnung** der Ausstellung **nach Fächern** unumgänglich sein. Die Anordnung wird daher weniger nach der Provenienz, als nach der Materie selbst erfolgen. Die Unterzeichneten sind gern bereit, Auskunft zu ertheilen, und werden sich nach Kräften bemühen, den Wünschen und Interessen der Herren Aussteller entgegenzukommen. Anmeldebogen stehen zur Verfügung.

Um die Grenzen der Ausstellung näher zu bezeichnen, theilen wir nachstehend ein Verzeichniss der in Betracht kommenden medicinischen Sectionen mit:

Physiologie, Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie, Pharmacologie, Innere Medicin, Dermatologie und Syphilodologie, Chirurgie, Gynäcologie, Pädiatrie, Ophthalmologie, Psychiatrie und Neurologie, Otiatrie, **Laryngologie**, Militair-Sanitätswesen.

Die Anmeldungen zu der Ausstellung müssen **spätestens** bis zum 15. April an den Schriftführer des unterzeichneten Comités, Dr. **Lassar, Karlstrasse** 19, **Berlin**, N.W., eingesandt werden. — Es wird gebeten, auf dem Couvert zu vermerken: „Ausstellungs-Angelegenheit“.

Das Ausstellungs-Comité behält sich vor, in jedem einzelnen Falle über die **Annahme** der angemeldeten Gegenstände nach freiem Ermessen Beschluss zu fassen. Die **Beantwortung** der Anmeldungen ist spätestens **Mitte Mai** zu gewärtigen.

Der Einsendungs-Termin wird seiner Zeit bekannt gemacht werden.

Das Comité.

Bardeleben (Vorsitzender). **Beely**. P. **Dörffel**. A. **Eulenburg**. B. **Fränkel**. J. **Hirschberg**. E. **Küster**. O. **Lassar** (Schriftführer). J. **Veit**. H. **Windler**. **Julius Wolff**.

Einladung.

Die diesjährige Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte findet

vom 18. bis 25. September in Berlin

statt.

Indem die Unterzeichneten die Fachgenossen zu derselben einladen, bitten sie gleichzeitig um **Anmeldung von Vorträgen** laryngologisch-rhinologischen Inhalts für unsere Section.

Berlin im März 1886.

Prof. B. **Fränkel**, Einführender.

Dr. H. **Krause**, Privatdocent, Stabsarzt Dr. **Landgraf**, Assistent der **Gerhardt**'schen Klinik, **Schriftführer**.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang II. Berlin, Mai. 1886. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines.

1) **George Hunter** (Linlithgow). **Die Stellung des Specialismus zur Allgemeinpraxis mit Rücksicht auf die Augen-, Ohren- und Halskrankheiten. (The place of specialism in general practice with reference to diseases of the eye, ear and throat.)** *Edinburgh Medical Journal. Nov. 1885.*

Schon in diesem Artikel wird der Nutzen laryngoscopischer Kenntnisse für den practischen Arzt kurz berührt; derselbe beschäftigt sich jedoch hauptsächlich mit der Ophthalmologie. Wir glauben aber, dass die Gebiete der Laryngoscopie und Rhinoscopie den Gegenstand einer zweiten Abhandlung bilden werden, welcher wir mit grossem Interesse entgegensehen. M'BRIDE.

2) **Ariza** (Madrid). **Ueber die Specialitäten. (De las especialidades.)** Auszug aus dem 5. Bande des Inst. op. Imprenta Theodors. Amparo 102. Madrid, 1885.

A. bespricht deren Wichtigkeit und Nutzen für die Förderung des Wissens. KISPERT.

3) **B. Fränkel** (Berlin). **Jahresbericht über die Krankheiten der Nase, des Kehlkopfs und der Luftröhre für 1884.** *Virchow-Hirsch's Jahresber. üb. d. Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin. II. S. 115—130. 1884.*

Ref. hat für 1884 mit möglichster Genauigkeit die Arbeiten auf dem in der Ueberschrift genannten Gebiete zusammengestellt, wobei jedoch berücksichtigt werden muss, dass nach dem Plane des Gesammtwerkes die chirurgischen Krankheiten von Kopf, Hals und Brust gesondert (im Jahre 1884 von Trendelenburg, S. 388—413) referirt werden. Die Zusammenstellung des Ref. zerfällt in folgende Unterabtheilungen: I. Allgemeines (Lehrbücher, electrisches Licht, örtliche Anästhesie mittelst Cocain etc.). II. Krankheiten der Nase. a) Lehrbücher. b) Untersuchungsmethode und Instrumente. c) Entzündliche Affectionen. e) Ozäna. f) Reflexneurosen. g) Nasenbluten. h) Rhinolithen und Fremdkörper. i) Geschwülste. k) Nebenhöhlen. III. Nasenrachenraum. IV. Kehlkopf und Trachea. a) Lehrbücher. b) Instrumente. c) Entzündliche Affectionen. d) Perichondritis

und Stenose. e) Neubildungen. f) Tuberculose. g) Fremdkörper. h) Neurosen. V. Croup und Diphtheritis.*) AUTOREFERAT.

4) **Aerztlicher Bericht des k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Wien vom Jahre 1884.** Wien, 1885. Verlag der Anstalt.

In dieser Anstalt kamen unter 24000 Kranken 1936 Fälle von Tuberculosis pulmonum vor, wobei der Larynx in 75 Fällen ergriffen war, also in nahezu 4 pCt. In dem Krankenhause Rudolf-Stiftung dagegen war Phthisis laryngis nur in 0,4 pCt. der Fälle von Tuberculosis pulmonum zu constatiren, was sich wohl daraus erklären lässt, dass die meisten Tuberculösen mit Heiserkeit die nur im Allgemeinen Krankenhause bestehende laryngoscopische Klinik aufsuchen.

Noch einige statistische Daten sind für uns wichtig: so, dass unter 411 gutartigen Neubildungen 10 den Larynx betreffen. (Dabei ist nur zu bemerken, dass die meisten Fälle von gutartigen Neubildungen des Larynx ambulatorisch behandelt werden.) Unter 750 bösartigen Neubildungen werden erwähnt 6 Carcinome des Larynx, 4 des Pharynx, 18 des Oesophagus und 5 der Schilddrüse. Thyreoiditis kam 5mal, Diphtheritis 7mal (Kinder werden nur selten aufgenommen), Oedema laryngis 3mal, Stenosis laryngis 20mal und Stenosis tracheae 5mal zur Aufnahme.

Aortenaneurysma wurde 12mal behandelt: Prof. Schrötter berichtet ausführlich über 3 solcher Fälle; bei einem derselben war das linke Stimmband gelähmt und die Trachea comprimirt und bei einem zweiten der linke Bronchus und der Oesophagus sehr verengert.

Kaposi beobachtete unter 8 Fällen von Pemphigus 3mal Ausbreitung der Affection auf die Schleimhaut des Mundes, Rachens, Gaumens und Kehlkopfes, und zwar entweder in der Form von Blasen oder von Epithelverlusten mit Röthung und Schwellung der Schleimhaut. 1mal traten sogar Suffocationserscheinungen auf. Auf der Klinik desselben Professor's wurden ferner noch beobachtet: 1mal ein Geschwür der Epiglottis bei Purpura und 1mal tuberculöse Geschwüre der Unterlippe und Wange, des Zahnfleisches und des Frenulum linguae und endlich bei einem mit Lungentuberculose behafteten Manne nebst Geschwüren des Kehlkopfes auch tuberculöse Ulcera der Zunge und Wange.

Aus Weinlechner's Abtheilung sind mehrere Fälle zu berichten:

1. Tiefsitzender Cystenkropf mit bedeutenden stenotischen Erscheinungen; Spaltung und Vernähung der Haut und des Balgrandes. Blutungen aus an der Innenfläche des Balges wucherndem Kropfparenchym. Heilung.
2. Kindskopfgrosser Cystenkropf; Exstirpation. Heilung.
3. Strausseneigrosser Cystenkropf; Exstirpation. Heilung.
4. Recidivirender fibröser Nasenrachenpolyp. Exstirpation nach Durchtrennung des weichen und theilweise des harten Gaumens. Staphylorrhaphie und Uranoplastik. Heilung.

---

*) Herr Prof. Fränkel hat uns ersucht, gelegentlich der Publication dieses Referats unseren Lesern noch einmal seine Bitte hinsichtlich der Zusendung von Separatabdrücken in Erinnerung zu bringen (vgl. Jahrgang I., S. 188) und wir kommen seinem Wunsche hiermit gern nach. Red.

5. Hochgradige Blutung aus einer Abscesshöhle in der linken Tonsille. Unterbindung der Carotis communis. Heilung.

6. Schiefstand der Nase durch Infraction der knorpeligen Nasenscheidewand. Heilung durch Geraderichtung nach Excision der eingedrückten Knorpelstücke und darauf folgende orthopädische Behandlung.

7. Trachealstenose in Folge von Compression durch geschwellte Lymphdrüsen. Laryngotracheotomie, wobei eine lange das Hinderniss passirende Canüle (dickes Drain) benutzt wurde. Heilung.

8. Hochgradige Narbenstrictur des Oesophagus in Folge von Laugenessenzvergiftung. Anlegung einer Magenfistel in 2 Acten. Tod 4 Tage nachher an Erschöpfung.

9. Hochgradige Oesophagusstrictur in Folge von Vergiftung mit Salpetersäure bei einem 2jährigen Kinde. Heilung durch Bougirung.

Aus dem Bericht des Ambulatorium für electrische Behandlung des Prof. Rosenthal sind 4 Fälle von Bulbärparalyse zu erwähnen.

Ref. hat aus dem reichen Inhalt nur das für unser Specialfach Wichtigste ausgewählt, muss aber noch besonders auf die Lectüre der vorstehend erwähnten Krankengeschichten als sehr belehrend hinweisen. CHIARI.

5) **Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien vom Jahre 1884.** Verlag der Anstalt. 1885.

Der sehr sorgfältig gearbeitete Bericht enthält zunächst eine Uebersicht des ganzen Krankenmaterials und darunter auch vieles auf unser Fach Bezügliches. So wird auf S. 113 erwähnt, dass unter 826 Fällen von Tuberculosis pulmonum nur 3mal Phthisis laryngis vorkam. Auch einige Krankengeschichten sind hervorzuheben.

Hofmokl, S. 300. Struma cystica. 4malige fruchtlose Jodinjection. Radicaloperation durch theilweise Excision der sehr verdickten vorderen Cystenwand. Heilung. Die vor der Operation bestehende Heiserkeit (leichte Lähmung des linken Stimmbandes) verschwand völlig.

Hofmokl, S. 309. Epitheliom der linken Nasenhälfte, der Wange und des linken unteren Augenlides. Exstirpation. Heilung.

Mader, S. 311. Carcinoma epithel. oesophagi. Anfangs liess eine Untersuchung mit einer Schlundsonde keine Verengerung nachweisen, wohl aber die mit einem weichen Magenschlauch.

Mader, p. 351. Ozaena. Nutzen von Einblasungen pulverisirter Borsäure in die Nase. Der Gestank wurde während der Behandlung beseitigt.

Hofmokl. Stenosis tracheae in Folge von Compression durch ein Aneurysma aortae. Tracheotomie. Tod nach 4 Wochen durch Berstung des Aneurysma.

Hofmokl. Compression der Trachea und des linken Bronchus durch ein Aneurysma aortae. Tracheotomie. Tod.

Hofmokl. Ulcera laryngis tuberculosa. Laryngotracheotomia propter stenosim. Graviditas VIII. mens. Besserung.

Mader, S. 355. Bronchitis putrida in Folge von Aspiration eines Knochenstückes in den Bronchus des rechten Unterlappens. Tod.

Hofmokl, S. 377. Hochgradige Verengerung des Schlundes in Folge luetischer Narben. Laryngotracheotomie mit consecutiver allmäliger Dilatation der Strictur. Bedeutende Besserung mit Entfernung der Trachealcanüle.

Mader, S. 411. Tuberculöses Geschwür am Zahnfleisch. Ungeheilt. Bohnengrosses Geschwür über dem 1. linken Backenzahn.

Im pathologisch-anatomischen Bericht werden von Weichselbaum, S. 432, Phlegmone der Nebenhöhlen der Nase mit consecutiver eitriger Meningitis und ein Fremdkörper im rechten Bronchus mit Lungengangrän (s. o. Fall von Mader) erwähnt.

CHIARI.

6) **Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden vom Solar-Jahre 1884.** Wien, 1885. Verlag des k. k. Krankenhauses Wieden.

Aus dem reichen Inhalt dieses Berichtes sollen nur einige interessantere Fälle hervorgehoben werden.

v. Mosetig-Moorhof operirte ein Uranocoloboma posticum congenitum mit gutem Erfolge. Die Sprache blieb stark näselnd. Bei einer impermeablen krebsigen Oesophagusstenose wurde Gastrostomie mit gutem Erfolge gemacht; trotzdem starb der Kranke nach 4 Wochen; die Obduction ergab 3 gestielte Zottenkrebse an der hinteren Magenwand, welche aber Cardia und Pylorus frei liessen. Dieser Fall ist auch in der Wiener medicinischen Wochenschrift, 1885, No. 10, beschrieben. Strumen wurden 2mal mit Injectionen von Jodoformlösung mit mässigem Erfolge behandelt.

Kumar berichtet über eine Schnittwunde durch die Membrana hyothyreoidea, welche auch die Epiglottis abtrennte. Nach 17 Tagen heilte die Wunde bis auf ein fingerdickes Loch. Das Schlingen erfolgte jetzt anstandslos und ebenso das Sprechen, wenn das Loch verschlossen wurde.

Ausserdem wären noch mehrere Fälle von Verletzungen der Mund- und Rachenhöhle, von Neubildungen der Kiefer, des Gaumens, der Zunge und 1 Fall von Durchbruch eines Carcinoma oesophagi in den linken Bronchus (S. 121) zu erwähnen.

CHIARI.

7) Eder (Wien). **Aerztlicher Bericht der Privat-Heilanstalt von dem Jahre 1884.** Wien, 1885.

Aus dem sorgfältig gearbeiteten Bericht sind einige Krankengeschichten zu erwähnen:

1. Dislocatio septi-narium nach Trauma. Das linke verengte Nasenloch wird durch Laminariastifte in 6 Tagen bedeutend erweitert. (Billroth.)
2. Epithelioma nasi alae dextrae et sinistrae et dorsi. Exstirpation und Plastik aus der Stirnhaut. (Salzer sen.)
3. Carcinoma linguae (rechter Rand und Boden der Mundhöhle). Exstirpation desselben und einiger Lymphdrüsen. (Heilung.) (Weinlechner.)
4. Sarcoma tonsillae dextrae, pharyngis et baseos linguae. Exstirpation nach Durchschneidung des Unterkiefers und Ligatur beider Arteriae linguales. Tod an Pneumonie am 5. Tage nach der Operation. (Albert.)
5. Carcinoma marginis sin. linguae Exstirpation nach Ligatur der

Art. ling. sin. Heilung. Recidiv nach 3 Monaten. Exstirpation. Drüsenrecidiv nicht operirt. (Billroth.)

6. Fauces lupin. Weicher Gaumen ganz, harter grösstentheils gespalten (angeboren). Schon früher 3mal operirt. Am 15. Mai 1884 im Gaumen links ein fingerdicker Defect. Uranoplastik. Defect schliesst sich völlig, die Sprache bleibt aber schlecht.

7. Sarcoma melanodes cavi pharyngo-nasalis, welches als kleinfingerdicker Strang bis zum Kehlkopfeingang herabreichte und Athembeschwerden machte. Wird mit der Scheere abgetragen. Blutung bedeutend. Später sieht man Verdickungen längs des rechten Arcus palato-pharyngeus bis zur Epiglottis. Wegen Malignität des Tumors wird von weiterer Operation abgesehen. Ausgangspunkt des ersten Tumors wahrscheinlich der weiche Gaumen. (Weinlechner.)

8. Lymphoma colli lateris sinistri. Exstirpation. Heilung. (Albert.)

9 und 10. Sarcoma parotidis. Heilung. (Billroth.) CHIARI.

8) **Henry T. Butlin** (London). **Aus der Abtheilung für Kehlkopfkrankheiten. (From the department for diseases of the larynx.)** *St. Bartholomew's Hospital Reports. Vol. XXI. 1885.*

Aus dem Eingange des interessanten Berichts geht hervor, in wie erfreulicher Weise sich das Interesse für Laryngologie in den letzten Jahren im St. Bartholomew's-Hospital gesteigert hat. Auch in diesem Hospital werden die Patienten nur einmal wöchentlich gesehen; nichtsdestoweniger hat die Gesammtzahl im Jahre 1884 nicht weniger als 475 betragen. Interessant sind die Mittheilungen Butlin's über die Organisation seiner Abtheilung; doch muss hinsichtlich derselben auf das Original verwiesen werden. Eine Statistik giebt B. nicht; er beschreibt einzelne sehr interessante Fälle von Tumoren der Nase (Knochengeschwulst, ausgehend vom Processus nasalis der Maxilla superior, sarcomatöse Nasenpolypen bei einer 78jährigen Frau, Papillom des Septum und Epitheliom des Nasenflügels), erwähnt, dass in dem Falle von Trachealpapillom, bei dem er noch vor Kurzem (vgl. Centralblatt S. 146 dieses Jahrganges) das Auftreten eines Recidivs befürchtet hatte, neuere Untersuchungen das Ausbleiben eines solchen hätten erkennen lassen und geht dann auf eine ausführliche Auseinandersetzung der Wichtigkeit, der Diagnose und der Behandlung der adenoiden Vegetationen ein. Er ist ein Anhänger der Operation in einer Sitzung und in der Narcose. Die Gründe, welche ihn bestimmen, dieser Methode den Vorzug zu geben, müssen im Original nachgelesen werden; der Referent gesteht, dass sie ihn nicht von der Superiorität der genannten Methode über das von ihm selbst geübte Verfahren (vgl. Deutsche Ausgabe des Mackenzie'schen Werkes Vol. II. S. 721 u. ff.) zu überzeugen vermocht haben. Es ist aber nicht möglich, an dieser Stelle auf diese Frage näher einzugehen. SEMON.

9) **F. De Havilland Hall** (London). **Notizen aus der Halsabtheilung. (Notes from the throat departement.)** *Westminster Hospital Reports. Vol. I. 1885.*

Das Westminster Hospital scheint dem Beispiele anderer Londoner Hospitäler folgen und regelmässige Jahresberichte herausgeben zu wollen. In dem

vorliegenden Bande bespricht Hall, dem die Halsabtheilung unterstellt ist, einige der Fälle, welche im Laufe des Jahres 1884 zur Beobachtung gekommen sind und macht allgemeinere Bemerkungen über Kehlkopfcatarrh, functionelle Kehlkopfneurosen (welche er unter dem Namen „Neuromimesis" zusammenfasst), Syphilis und Phthisis des Larynx, die Wichtigkeit linksseitiger Recurrensparalyse für die Diagnose von Aortenaneurysmen und den Gebrauch des Galvanocauters bei granulärer Pharyngitis. Von den einzelnen berichteten Fällen verdienen specielle Erwähnung einige der neurotischen Fälle, mehrere Fälle von Ankylose des Crico-Arytaenoidgelenks, ein Fall von Niesskrampf, geheilt durch Einspritzung einer alkalischen Lösung, ein Fall von temporärer Anosmie, producirt durch den Geruch von Carbolsäure und Phenyl, und zwei Fälle sehr acut auftretender Struma. Von einer Statistik nimmt der Verfasser wegen der geringen Gesammtzahl der beobachteten Fälle Abstand. SEMON.

10) **N. Simanowski** (Petersburg). **Laryngologische Bemerkungen für das verflossene Lehrjahr 1884/85. (Laringologitscheskija sametki sa utschebni god 1884/85.)** *Wratsch. No. 44—50. 1885.*

Dank den Bemühungen des Prof. Koschlakow ist im Jahre 1884 in der med.-chirurg. Academie eine stationäre Klinik*) für Halskrankheiten ins Leben getreten und die Leitung derselben mit der dazugehörigen Ambulanz dem Privatdocenten Simanowski übertragen worden. Jetzt liegt ein sehr ausführlicher Jahresbericht dieser Abtheilung vor. Behandelt wurden im Verlaufe eines Jahres ambulant 333 Kranke, stationär 19. Zu Lehrzwecken wurden noch die luetischen Affectionen des Pharynx und Larynx aus der syphilitischen Klinik des Prof. Tarnowski entnommen. Kehlkopfkrankheiten kamen zur Behandlung 224 Fälle, wovon die grösste Zahl der Patienten am chronischen resp. acuten Kehlkopfcatarrh litt. Besonders hervorzuheben wären Laryngitis catarrh. hypertroph. mit 3 Fällen, Laryngitis hypoglottica 2 mal, Laryngitis phlegm. 1 mal. Tuberculöse Erkrankungen des Kehlkopfs kamen 68 mal, luetische auch 68 mal zur Beobachtung. Von gutartigen Neubildungen 9 Fälle, von Carcinoma laryng. 5 Fälle. Paralysen der verschiedenen Kehlkopfmuskeln 11 mal, verschiedenartige Paraesthesien 8 mal. In 2 Fällen von Bulbärparalyse wurden Paresen einzelner Kehlkopfmuskel gefunden. Lähmung des Recurrens kam 8 mal zur Beobachtung, 6 mal in Folge von Aneurysma Aortae und 2 mal in Folge von Struma. Tracheotomirt wurden 3 Patienten, 2 mal war die Stenose tuberculöser, einmal luetischer Natur. 3 mal mussten Erweiterungen des Kehlkopflumens durch Schrötter'sche Bougies vorgenommen werden, 2 mal mit bleibendem und einmal mit vorübergehendem Erfolg. Bei einem Falle von Carcinoma laryngis wurde eine Hälfte des Kehlkopfs operativ entfernt, doch konnte die Operation nicht vollständig beendigt werden, da die infiltrirten Drüsenpakete mit den grossen Gefässen und Nervenstämmen zusammengewachsen waren.

Von den verschiedenen Formen der Pharynxcatarrhe wurden 100 notirt; in der Hälfte dieser Fälle lagen Complicationen mit catarrhalischen Affectionen des

---

*) Unseres Wissens die erste station. Abtheilung für Halskrankheiten in Russland.

Larynx vor. Ferner 2 Fälle von bösartigen Neubildungen des Pharynx, Tuberculose des Pharynx ein Fall. Anginen verschiedener Art 17 Fälle. Erkrankungen der Nasenschleimhaut 44 Fälle; davon acuter Catarrh 12mal, Ozaena syphil. 5mal, chron. Nasencatarrh 29mal, Polypen der Nase 6mal. In einem Falle litt Patient an heftigen Hustenanfällen complicirt mit Asthma. Nach Entfernung der Polypen schwanden die Anfälle sofort. LUNIN.

11) **Zwicke. Bericht über die chirurgische Klinik des Professor Dr. Bardeleben pro 1883.** *Charité-Annalen. Bd. X. S. 368ff. 1885.*

1. Zerschmetterung des Zungenrückens; Einheilung des Geschosses in die hintere Rachenwand. In Folge eines in selbstmörderischer Absicht abgefeuerten Revolverschusses zeigte sich der Rücken der Zunge, besonders an der Wurzel verkohlt und zerfetzt, an der rechten Hälfte des weichen Gaumens und am Gaumenbogen zwei längliche Substanzdefecte mit verkohlten Rändern; in der Höhe des 2. und 3. Halswirbels eine knollige harte Hervorwölbung, wahrscheinlich der Sitz der Kugel; Extraction verweigert, Heilung der Verletzung nach 14 Tagen.

2. Fibrosarcom der Highmorshöhle, partielle Oberkieferresection. 10jährige Patientin, Verdrängung des linken Bulbus aus der Orbita nach oben, der Nase nach rechts, unterhalb des linken Jochbogens eingezogene Narbe mit Fistelgang, angeblich nach einem Hufschlag von einer Kuh auf die linke Gesichtshälfte. Eröffnung der vorderen Wand der Highmorshöhle, Herausnahme einer 7 Ctm. langen, 5 Ctm. breiten Geschwulst; Heilung nach zweimaligem Gesichtserysipel.

3. Penetrirende Schnittwunde zwischen Zungenbein und Schildknorpel, Durchschneidung der Epiglottis, vollkommene quere Trennung des Pharynx, Tod nach 48 Stunden. Selbstmordversuch bei einer 35jährigen Patientin; die Länge der Hautwunde am Halse betrug 20 Centimeter, auch die hintere Pharynxwand war durchschnitten; sorgfältige Vereinigung durch zahlreiche Nähte; weiteres besagt der Titel.

4. Verletzungen des Schildknorpels. Selbstmordversuch eines Epileptisch-Irren mit doppelter Durchtrennung des Schildknorpels, Vereinigung der Knorpelwunden mit Seidenfäden, prophylactische Cricotracheotomie; dieselbe erscheint auch bei linearen penetrirenden Schnittwunden des Kehlkopfknorpels nicht als überflüssig.

5. Stenosis oesophagi ex cauterisatione, via falsa et perforatio ventriculi. Genuss von Lauge; im oberen Brusttheile des Oesophagus eine für 3—5 Millim. starke Sonden durchgängige Strictur; längere Zeit hindurch fortgesetzte Sondirung, plötzlicher Tod. Oesophagus in ganzer Länge verengt, am Eingang zur Cardia ein falscher Weg, 7 Centimeter lang, zwischen Magenschleimhaut und Muscularis.

6. Perichondritis laryngea abscedens bei vorgeschrittener Phthisis laryngea et pulmonum. Hühnereigrosse, fluctuirende Geschwulst, die sich innerhalb 8 Wochen gebildet hatte, leichter Druck auf den Abscess erregt Husten. Eröffnung unter Aetherspray, Rauhigkeiten an den Knorpeln nicht nachweisbar, Ringknorpel scheinbar erweicht, laryng. Befund fehlt.

7. Carcinom der Parotis bei einem 57jährigen Manne. Der Fall ist hauptsächlich interessant wegen der Excision eines 4 Ctm. langen Stückes der Vena jugularis interna und der Unterbindung der Carotis communis; Cerebralsymptome traten nicht auf, beim Austritte fast völlige Heilung, leichte Facialparalyse.

8. 5 Fälle von Kropfexstirpationen. Davon betrafen 3 Fälle partielle, 2 Fälle totale Exstirpationen. Unter den ersteren befand sich eine linksseitige Struma cystica calcificans, eine rechtsseitige Struma fibrosa und eine linksseitige Struma fibrosa cystica.

Von den beiden Total-Strumectomirten befand sich der eine Patient, der mit Struma colloides behaftet war, 2 Jahre nach der Operation körperlich und geistig vollkommen frisch und gesund; der zweite Fall betraf einen doppelseitigen lymphatischen Gefässkropf, complicirt mit Gravidität und äusserster Erstickungsgefahr; Patientin wurde vorerst tracheotomirt. Bei der Strumectomie zeigte sich, dass beide Lappen 5 Ctm. weit unter die Clavicula herabragten; links 50, rechts 30 Unterbindungen, Recurrens blieb unverletzt; rechts war die Struma zwischen Oesophagus und Trachea hineingewachsen, Luftröhre zusammengedrückt, aber nicht eingeknickt. Dauer der Operation $3^1/_2$ Stunden. Patientin erwachte nicht mehr aus der Narcose, durch Kaiserschnitt wurde ein todtes Kind herausbefördert.

SCHECH.

12) **J. C. Mulhall. Bericht der Abtheilung für Respirationsorgane. (Department of the respiratory organs.)** *St. Louis Med. & Surg. Journal. October 1885.*

Ein Resumé von Artikeln über Krankheiten des Respirationstractus, sorgfältig ausgewählt und gut extrahirt aus einheimischen und auswärtigen Journalen.

LEFFERTS.

13) **Baltus. Laryngologische Revue. (Revue de laryngologie.)** *Journ. des scienc. méd. de Lille. No. 21. 5. Nov. 1885.*

Es wird über mehrere laryngologische Artikel des Jahres 1885 referirt.

E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Seifert. Ueber Rhinolithen.** Sitzungsbericht der Würzburger physiolog.-medic. Gesellschaft. 1885.

Demonstration eines mit Kalksalzen incrustirten Metallknopfes aus der Nase eines 20jährigen Mädchens, das mit starkem Foetor behaftet war und keinerlei Aufschluss geben konnte, wann und wie der Fremdkörper in ihre Nase gelangte. Ein zweites Präparat wurde zufälligerweise im Präparirsaale entdeckt. Es fand sich im rechten unteren Nasengang ein incrustirtes Knochenstück, das an dem einen Ende sehr dick, an dem andern zugespitzt erschien und im Innern eine Höhle zeigte. Der untere Nasengang war in eine grosse Höhle umgewandelt, am Alveolarfortsatz des Oberkiefers in der Höhe des 2. Schneidezahns befand sich eine rundliche Oeffnung, die unter der Oberlippe endete und in welcher die Spitze des Fremdkörpers lag; bedeutender Defect an der knöchernen lateralen Wand der Nasenhöhle; untere Muschel horizontal gestellt und nach oben verdrängt.

SCHECH.

15) **G. Stoker** (London). **Rhinolith. (Rhinolith.)** *Brit. Med. Journal. 19. December 1885.*

St. zeigte beim Meeting der Path. Soc. of London am 15. December 1885 einen aus phosphorsaurem Kalk bestehenden Nasenstein. Den Kern desselben bildete ein Blutgerinnsel, um welches herum der Kalk in concentrischen Schichten angeordnet war. Der Rhinolith hatte keine Symptome von Seiten der Nase producirt; nach seiner Entfernung verschwanden aber die Symptome folliculärer Pharyngitis, an denen die Patientin gelitten hatte. — In der Discussion erwähnte Mr. Clutton, dass auch in dem von ihm berichteten Falle (vgl. Centralblatt I., S. 171) wahrscheinlich ein Blutcoagulum den Ausgangspunkt der Steinformation gebildet hätte. SEMON.

16) **Chas. A. Todd. Zwei Fälle von Nasenstein. (Two cases of rhinolith.)** *St. Louis Cour. of Med. p. 171. August 1885.*

Fall I., ein Mädchen von 19 Jahren. Seit langer Zeit, zum wenigsten viele Jahre, hatte Pat. an catarrhalischen Symptomen der Nase gelitten. Als sie den Autor aufsuchte, hatte sie einen fötiden Geruch. Die untersuchende Sonde stiess auf eine harte Masse, welche das rechte Nasenloch verstopfte. Es war dies ein Nasenstein von 18 Millim. Länge und 6 Mm. in seiner grössten Dicke. Er hatte eine unregelmässige Gestalt und war an den Enden etwas abgerundet. In seinem Centrum befand sich eine weiche fibröse Masse wie ein Papierbrei. Das Mädchen konnte sich nicht entsinnen, einen solchen Körper in die Nase gebracht zu haben. Nach der Entfernung desselben schwand der Catarrh sehr schnell.

Fall II. betraf einen Knaben von 15 Jahren. Es bestand Verstopfung des linken Nasenlochs, Schmerz und blutiger Auswurf. Pat. giebt an, dass er als Kind sich „einen Nagel" in die Nase gestossen hatte, der niemals wieder zum Vorschein kam und ihm bis zum vergangenen Jahre keine Störung verursacht hatte. Man konnte unweit vom Naseneingang leicht eine schwarze Masse sehen, die theilweise mit Granulationen bedeckt war. Sie wurde sorgfältig extrahirt und die Untersuchung ergab, dass der Fremdkörper ein Stück einer gewöhnlichen eisernen Schraube war von 18 Mm. Länge und eingebettet in fester Schlacke. Die Schraube war offenbar mit dem Brennmaterial in ein Feuer geworfen und so in der Schlacke fixirt worden. Diese ungewöhnliche Masse wurde mit mässiger Kraft extrahirt, hatte jedoch eine leichte Blutung zur Folge, da ihre rauhe Fläche wohl das Gewebe zerrissen hatte. Die Schlacke haftete speciell am Schraubentheile und war von ungefähr derselben Länge. Es kam zu keiner Necrose der Nasenwände und die Heilung erfolgte prompt. LEFFERTS.

17) **P. W. Logan. Nasenstein. (Rhinolith.)** *St. Louis Medical Surgical Journal. August 1885.*

Bericht über die Entfernung eines Nasensteins aus dem unteren Nasengang (Gewicht über 2 Grm.). LEFFERTS.

18) **E. Cresswell Baber** (Brighton). **Ein Fall von Rhinolith mit Bemerkungen. (A case of rhinolith with remarks.)** *Brit. Med. Journal. 17. October 1885.*

Der Patient war ein 28jähriger Arzt, der seit 2—3 Monaten an einem seropurulenten, bisweilen hämorrhagischen Ausfluss aus dem linken Nasenloche litt.

Er erinnerte sich, als 3—4jähriges Kind einen Schuhknopf in die Nase gesteckt zu haben, wusste aber weder, in welches Nasenloch, noch ob der Knopf wieder herausgekommen sei. Jedenfalls wurden intermediäre Beschwerden mit Bestimmtheit in Abrede gestellt. Bei der Untersuchung zeigte sich zwischen dem vorderen Ende der unteren linken Muschel und dem Septum eine schwarze, harte, bewegliche, grösstentheils von Granulationen bedeckte Masse. Beim Versuch, einen Haken um dieselbe herumzuführen resp. sie mit der Zange zu ergreifen, entstand so starke Blutung und der Pat. fühlte solche Schmerzen, dass der Operateur, obwohl er den Fremdkörper bewegen konnte, vorläufig von weiteren Versuchen abstand. Zwei Tage später erhielt er einen Brief van dem Pat., in welchem dieser ihm mittheilte, dass er wegen neuralgischer Schmerzen im Augapfel, welche durch die Lageveränderung des Körpers producirt worden waren, selbst versucht habe, denselben zu entfernen, und dass es ihm nach mehreren Versuchen geglückt sei, denselben — es war in der That der Schuhknopf — in 3—4 Stücken zu entfernen. Der Patient genas vollständig. — Die genaue Beschreibung der Form, Dimensionen, des Gewichts, der Farbe etc. des Steines (Delépine), sowie die Schlussbemerkungen Baber's über Diagnose, Symptome und Behandlung solcher Concretionen müssen im Original nachgelesen werden. Hier genüge es zu bemerken, dass die chemische Analyse erwies, dass der Stein aus Ferrum carbonicum oxydatum (und wahrscheinlich phosphoricum), Calcium carbonicum und phosphoricum, Magnesium (und Ammonium?) phosphoricum und organischen Substanzen bestand und dass die starke Beimengung von Eisensalzen (über 30 pCt.) den unwiderstösslichen Beweis dafür lieferte, dass der Stein nicht in toto im Organismus selbst gebildet sein konnte, sondern sich um einen von aussen in denselben gelangten eisernen Gegenstand (den Schuhknopf) formirt haben muss, woraus wiederum folgt, dass letzterer, ohne dringliche Symptome auszulösen, 25 Jahre in der Nase verweilt haben muss. SEMON.

19) **R. E. Beach** (Vandalia, Illinois). **Nasensteine. (Rhinoliths.)** *Medical Record. Vol. 28. No. 2. p. 38. 11 Juli 1885.*

Bei zwei Kindern, welche acht resp. achtzehn Monate an Nasencatarrh gelitten hatten, wurden mittelst der Zange aus den Nasenwegen Rhinolithen entfernt, von denen der eine ein kleines Samenkorn, der andere einen Kirschstein als Kern hatte. Das letztere Concrement mass 2 Ctm. in dem längsten und $1^{1}/_{2}$ Ctm. im kürzesten Durchmesser. Der Autor betont die Nothwendigkeit einer sorgfälfigen und eingehenden Untersuchung der Nasenhöhlen in jedem Falle von Nasencatarrh, besonders aber wenn ein solcher bei Kindern sich findet. LEFFERTS.

20) **W. Lublinski. Ein Fall von lebenden Fliegenlarven im menschlichen Magen und Bemerkungen über das Vorkommen derselben in der Nase des Menschen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 44. 1885.*

Der Aufsatz enthält für unser Gebiet nichts Neues. B. FRAENKEL.

21) **C. M. Harrison. Maden in der Nase. (Maggots in the head.)** *New-York Med. Record. 10. Oct. 1885.*

Der Autor berichtet zwei Fälle aus Texas U. S. A. und meint, dass in diesem Lande ein solches Vorkommniss keineswegs ungewöhnlich sei. LEFFERTS.

22) **Albert S. Adler** (Solomonville, A. T.). **Würmer im Sinus frontalis. (Worms in the frontal sinus.)** *Medical Record. XXVIII. 8. p. 203. 22. August 1885.*

Kurz vor der Publication dieses Artikels waren aus der Nase eines älteren Mannes mehr als 150 Würmer, von denen jeder ungefähr 1,5 Ctm. lang war, herausgekrochen. Die Symptome, welche gerade vor Beginn dieser Auswanderung aufgetreten waren, bestanden in grosser und schmerzhafter Spannung in den Stirnsinus. Wiewohl die letzten Würmer bereits abgegangen waren, ergoss sich dennoch beständig eine eitrige Flüssigkeit. Es wurden Irrigationen mit antiseptischen Lösungen gemacht. Eine Trepanation der Sinus verweigerte der Patient.

LEFFERTS.

23) **G. W. Hudson. Krankheiten der Highmoreshöhle nebst Bericht zweier Fälle. (Diseases of the antrum Highmorianum with report of two cases.)** *Journal Am. Med. Assoc. 14. Nov. 1885.*

Der Artikel enthält nichts Neues. LEFFERTS.

24) **Paul Koch** (Luxemburg). **Beitrag zur Lehre von den fibrösen Polypen der Highmorshöhle. (Contribution à l'étude des polypes fibreux du sinus maxillaire supérieur.)** *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Gand-Duché de Luxembourg. 1885.*

21jährige Patientin, bei der von Koch ein fibröser Polyp der Highmorshöhle diagnosticirt wurde. Behufs der Radicaloperation, welche von der Patientin verlangt wurde, schritt Koch zur vollständigen Exstirpation des linken Oberkiefers. Nachdem er den Nelaton'schen Bogenschnitt gemacht und die vordere Wand der Kieferhöhle blosgelegt hatte, fand er diese „kaum papierdick“ und an ihrem unteren Theil von der Neubildung durchbrochen. Angesichts dessen begnügte er sich mit der totalen Entfernung der mit der Geschwulst verwachsenen vorderen und der hinteren Knochenwand, von welcher die Geschwulst zum grossen Theile ausging; der Rest wurde mit dem Thermocauter ausgebrannt. (Bekanntlich wurde von v. Bruns bei Zahncysten die Abtragung der Knochenwand in der Form eines Uhrglases vom Munde aus vorgenommen und empfohlen. Cfr. Zahncysten der Kiefer, L. Bayer, Tübingen 1873.) Heilung sehr gelungen.

BAYER.

25) **Jalland** (York). **Tumor des Antrums, Excision der Maxilla superior. Heilung. (Tumour of the antrum; excision of the maxilla superior. Cure.)** *Lancet. 19. September 1885.*

Die Patientin war ein 9jähriges Mädchen, das seit 6 Monaten an den gewöhnlichen Symptomen von Tumor der Highmorshöhle litt. Nach Vornahme der Fergusson'schen Incision wurde die rechte Maxilla superior, der Gaumentheil des Os palati und das Os malare zusammen mit der Neubildung, die sich als Rund- und Spindelzellensarcom herausstellte, entfernt. Gute Reconvalescenz. Fünf Monate später noch kein Anzeichen eines Recidivs. SEMON.

26) **K. Stecki. Fremdkörper im Antrum Highmori. (Ciato obce wyjęte z jamg Highmora.)** *Medycyna. No. 34. 1885.*

Einem Soldaten wurde im Jahre 1882, während einer Rauferei, ein Messerstich in die Wange beigebracht, der eine starke Blutung zur Folge hatte. Die

Wunde heilte nach einiger Zeit mit Bildung einer unter dem linken Augenwinkel befindlichen, mit Granulationen umgebenen Fistel. Die zurückgebliebene Narbe hatte Ectropion des linken Augenlides zur Folge; sie zog sich bis zum Nasenflügel und endete daselbst mit einer zweiten Fistel. Untersuchung mit der Sonde ergab die Anwesenheit eines glatten Körpers. Nach Spaltung der Weichtheile zeigte sich der Fremdkörper in dem Oberkiefer fest eingekeilt. Mit dem Meissel wurde die Oeffnung erweitert und der Fremdkörper mittelst einer starken Zange extrahirt. Es war eine abgebrochene Messerspitze von 6 Ctm. Länge und 3½ Ctm. Breite. Die Wunde heilte per primam. Die Messerspitze war 2 Jahre lang in der Kieferhöhle verblieben, ohne Schmerzen hervorzurufen. Die Eiterung war während dieser Zeit eine minimale. Der Kranke verliess nach 2 Wochen das Hospital mit zugeheilter Wunde.

LUNIN.

27) Charles Steelman Bull (New-York). **Abscess beider Sinus frontales. Operation und vollständige Heilung. (Abscess of both frontal sinuses. Operation and complete recovery.)** *Medical Record. Vol. 28. No. 5. p. 120. 1. Aug. 1885.*

Der Fall betrifft eine Frau von 53 Jahren, welcher 14 Jahre vor der Operation ein Stück Holz gegen die Stirnsinus geflogen war und Verletzungen beigebracht hatte, welche, nach Ansicht des Autors, wahrscheinlich in einer Fractur oder Distorsion der Nasenbeine bestanden. Da gleichzeitig eine ausgedehnte Zerreissung der Weichtheile stattgefunden hatte, so entwickelte sich eine Periostitis und secundär degenerative Ostitis und Caries des Proc. nasalis des Stirnbeins. Diese Caries drang zunächst in den rechten Sinus frontalis ein, pflanzte sich dann aber, indem sie das dicke mediane Knochenseptum durchbrach, auch auf den anderen Sinus fort. Später wurde die knöcherne Scheidewand zwischen beiden Sinus absorbirt, ebenso der Rand der Orbita und vielleicht auch die Orbitalplatte des Siebbeins. Eine 6 Ctm. lange Incision durch das obere Augenlid, gerade unterhalb des Augenbrauenbogens, entleerte ungefähr 90 Grm. fötiden Eiters. Acht Monate später war die Beweglichkeit des Augenlids wie des Augapfels wieder hergestellt und das Auge hatte seine normale Stellung wieder eingenommen.

LEFFERTS.

28) Schlegtendal. **Ein Fall von Empyem des Sinus frontalis bei einer 87jährigen Frau.** *Centralblatt für Chirurgie. No. 34. 1885.*

Verdrängung des rechten Bulbus nach vorne; etwa apfelgrosse weiche Geschwulst über dem rechten Auge, nach Explorativpunction Entleerung gutartigen Eiters. Das Stirnbein war nach vorne usurirt; nach Einlage einer Drainage in die Nasenhöhle und die eröffnete Abscesshöhle Tamponade mit Jodoformgaze. Trotz Erysipel. faciei Heilung, auch kehrte der rechte Bulbus in seine normale Lage zurück.

SCHECH.

29) J. G. Carpenter. **Nasenrachencatarrh. (Nasopharyngeal catarrh.)** *Gaillard Med. Journal. New-York, October 1885.*

Der Autor hält es für das Beste, um die Frage einer erfolgreichen Behandlung zu erörtern, in einem langen Artikel die Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie, Prognose und Prophylaxe des Nasencatarrhs zu besprechen. Vaselin hält

er für das sine qua non zur Behandlung entzündlicher Catarrhe der oberen Luftwege. Der Artikel enthält zahlreiche Holzschnitte, die uns so bekannt vorkamen, als hätten wir sie in Dr. Rumbold's Publicationen oftmals gesehen. Letzterer wird auch reichlich citirt. LEFFERTS.

30) **Hopmann** (Cöln). **Zur Operation und Statistik der adenoiden Tumoren des Nasenrachenraums.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 33 u. 41. 1885.*

H. wendet sich besonders gegen die Ansicht des Ref. in Bezug auf die Beschränkung der Anwendung der Narcose bei der Operation der adenoiden Vegetationen (cfr. Centralblatt Jahrgang I., S. 277). H. hat in 69 solchen Fällen die Narcose ohne jedes üble Ereigniss angewandt und hält deshalb Blutungen im Nasenrachenraum bei Chloroformirten überhaupt für durchaus ungefährlich. Seine Erfahrung genügt ihm, zu glauben, dass die Ansichten des Ref. nur „auf Grund einer noch dazu mangelhaften theoretischen Erwägung" beruhten. Ref. hält sich deshalb für verpflichtet, zu erklären, dass dies nicht der Fall ist, vielmehr ihm trotz seltener Anwendung der Narcose bei Ausrottung der Vegetationen durch dieselbe veranlasste bedrohliche Erscheinungen vorgekommen sind. Uebrigens sind des Verf.'s Mittheilungen recht beachtenswerth. H. sah 304 Fälle von adenoiden Vegetationen seit 1874 (175 m., 129 w.). 29 Patienten waren im Alter von 1—5, 163 von 5—15, 87 von 15—25 und 25 von 25—30 Jahren. 103 Fälle waren leichtere, 149 mittelschwere und 52 schwere. 8mal fanden sich 2 Geschwister, 3mal 3 Geschwister, 3mal 2 Geschwister nebst nahen Verwandten. Von den 304 Fällen wurden 234 operirt, davon 69 in Narcose, die Verf. seit 1880 immer häufiger anwendet (1884 33mal). Verf. betäubt bis zur Besinnungslosigkeit, dann wird ein dünner Gummischlauch durch die Nase in den Pharynx vorgeschoben und zum Munde herausgezogen. Seine beiden Enden werden oberhalb der Oberlippe verknüpft, so dass das Velum stark nach vorn gezogen wird. Eine Schwester legt den Kopf des aufgerichteten Patienten gegen ihre Schulter und fixirt denselben. Zwischen die Backenzähne des Patienten kommt ein sperrender Gummistopfen. Nun räumt H. den Nasenrachenraum mit der von Catti modificirten Störk'schen Choanenzange unter schliesslicher Zuhilfenahme des eingeführten linken Zeigefingers in einer Sitzung radical aus. Sind die Choanen eng, so werden sie durch Einbohren des Fingers gewaltsam erweitert und, wenn nöthig, in derselben Sitzung, noch die Gaumenmandeln entfernt. Nachbehandlung: Insufflation von Borsäure oder Jodoform, Politzer etc. Verf. sah nur 2mal Recidive. Von den ohne Narcose Operirten hat Verf. 26mal weiche Wucherungen bei kleinen Kindern durch Zerdrücken mittelst Fingerbeere und Zerkratzen mittelst Fingernagel geheilt. Die galvanocaustische Schlinge wendet Verf. selten an, weil in Folge derselben die entzündliche Reaction (Mittelohrentzündung etc.) eher aufträte. Am Schlusse erwähnt Verf. eines Falles, in dem er narbige Retractionen des Velums beseitigen musste, die von einem Chirurgen bei der Ausrottung der Vegetationen veranlasst worden waren.

Der zweite Aufsatz des Verf.'s (No. 41) wendet sich gegen A. Hartmann, der in No. 35 derselben Wochenschrift die Priorität der Anwendung der Narcose

bei der in Rede stehenden Operation für sich in Anspruch nimmt, aber hinzufügt, dass er von der Narcose in neuerer Zeit immer weniger Gebrauch mache.

(Verf. erwähnt in tadelndem Tone, dass Ref. in Ziemssen's Handbuch bei Besprechung der Nasenkrankheiten, in specie der Nasenstenose, mit keiner Silbe der adenoiden Vegetationen gedenkt. Die Erklärung dafür, die der Verf. sich allenfalls selbst hätte geben können, liegt in dem Umstande, dass Ref. die Krankheiten der Nase zu besprechen hatte, während in demselben Handbuch die Krankheiten des Nasenrachenraumes von einem anderen Autor selbstständig behandelt wurden.)

B. FRAENKEL.

31) **F. Cardone** (Neapel). **Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. (Vegetazioni adenoidi del cavo nasofaringeo.)** *Archivii italiani di laringologie. Fasc. I. 1885.*

In Italien sind die adenoiden Vegetationen selten beobachtet worden; Massei hat in 15 Jahren 5 Fälle gesehen. Der Fall von C. betrifft ein 2jähriges schlecht genährtes Kind, das die bekannten Symptome darbot. Die Diagnose wurde mittelst Digitaluntersuchung gestellt, die Neubildungen von Massei in mehreren Sitzungen abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung, sowie die Schlusssätze über Symptome, Aetiologie etc. bieten dem Leser nur Bekanntes.

KURZ.

32) **P. M'Bride** (Edinburgh). **Adenoide Vegetationen.** *Edinburgh Meeting of the Medico-Chirurgical Society. 17. Juni 1885. — Edinburgh Medical Journal. October 1885.*

M'Bride zeigte eine Anzahl adenoider Vegetationen vor, welche er aus dem Nasenrachenraum eines 9jährigen Knaben entfernt hatte. Es wurden die Symptome und die Hilfsmittel der Diagnose kurz besprochen. Man soll sich hüten, den einfachen Catarrh des Rachendaches mit adenoiden Wucherungen zu verwechseln. M'Bride neigt zu der Ansicht, dass Fälle ersterer Art öfters operirt werden, zuweilen mit gutem Erfolg, was die Taubheit betrifft. Er schreibt dies dem Umstand zu, dass, wenn man ein Schleimhautstück aus der Mitte des Pharynxdaches entfernt, dann Narbenbildung eintritt. Die Contraction des Narbengewebes dürfte die Oeffnungen der Tubae Eustachii auseinanderziehen und dadurch den Verschluss der Tuben beseitigen. Er warnt vor heftigem Zerren beim Operiren und zieht es vor, Alles, was sich nicht leicht ablöst, zu zerquetschen.

AUTOREFERAT.

33) **Michael** (Hamburg). **Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes.** *Wiener Klinik. Heft XII. 1885.*

Enthält eine gute Uebersicht über diese Erkrankung. Bezüglich der Operation warnt M. vor jedem eingreifenden Vorgehen, weil die damit verbundenen Gefahren in keinem Verhältniss zu den Beschwerden stehen, welche die Vegetationen veranlassen; auch räth er, nur so viel zu entfernen, dass die Nasenathmung und die Tuben wieder frei werden. Er empfiehlt seine Hohlmeisselzange als schonendstes Instrument, welches in mehreren Sitzungen angewendet wird. Nebstbei wendet er bei Zeitmangel die Zerquetschung mit dem Fingernagel an.

CHIARI.

34) **A. Hedinger** (Stuttgart). **Die adenoiden Vegetationen.** *Württemb. med. Corresp.-Blatt. No. 34. 1885.*

Klare und äusserst naturgetreue Schilderung der Krankheit; Verf. meint, das weibliche Geschlecht sei im Süden Deutschlands mehr disponirt, während im Norden das männliche Geschlecht überwiegt und sich die Vegetationen bis in ein verhältnissmässig höheres Alter als bei uns erstrecken. Er unterscheidet 2 Formen, platt aufsitzende und gestielte; die an den Seitenwandungen des Rachens befindlichen bestehen aus Bindegewebe und sehr wenig adenoider Substanz, Verf. will sie deshalb auch polypoide Geschwülste nennen. Auch beobachtete er an der äusseren Nase häufig eine Formveränderung, indem sich der obere und mittlere Theil derselben verbreitert. Insufflationen von Arg. nitr. sind nur im Anfangsstadium von Nutzen; Verf. operirt die am Nasendach sitzenden Vegetationen mit der Schlinge durch die Nase; doch operirt er auch sehr viel vom Munde aus mit des Ref. Choanenzange; Alles in einer Sitzung zu entfernen, hält er nicht für zweckmässig, auch operirt er ohne Chloroform; das Lange'sche Ringmesser neuer Construction (vergl. S. 418 d. Jahrg.) findet er sehr practisch, doch für harte Wucherung etwas zu schwach; etwaige Unebenheiten, die zurückgeblieben sind, sollen von der Nase aus mit dem galvanocaustischen Kuppel- oder Flachbrenner zerstört werden, Recidive sind sehr selten, gut ist es, die Patienten methodisch Worte mit Nasallauten laut lesen zu lassen. SCHECH.

35) **Pramberger** (Graz). **Bemerkungen zur Hyperplasie des adenoiden Gewebes im Nasenrachen- und Rachenraume.** *Wiener med. Presse. No. 30, 31. 1885.*

P. fasst die Hyperplasie der Gaumen und Rachenmandeln und des adenoiden Gewebes am Zungengrunde, an der hinteren und seitlichen Rachenwand, weil oft zusammen vorkommend, als zusammengehörig auf. Als Ursache findet sich oft Scrophulose und Diphtheritis, Scarlatina, auch Masern, bei Erwachsenen manchmal dauernde Inhalation reizender Substanzen.

Die adenoiden Vegetationen theilt er der Form nach in kolbige, hahnenkammartige, villöse und kissenartige ein.

Die Symptome sind verschieden, je nachdem es sich um mässige oder grosse Wucherungen handelt und je nachdem die eine oder andere Localität oder alle zusammen betroffen sind.

P. hebt besonders 2 Folgen hervor: nämlich die blosse Raumbeengung und die Ausbreitung des Entzündungs- oder hyperplastischen Zustandes auf die Nachbarschaft.

Die Raumbeengung oder völlige Verlegung hat zur Folge die Aufhebung der Nasenathmung mit ihren bekannten Nachtheilen, als Catarrhen, dyspnoetischen Anfällen, Sprachstörungen u. s. w.

Andererseits kann sich auch die catarrhalische Erkrankung auf die Nachbarschaft ausbreiten, die Tuben verlegen (ganz oder theilweise) und sogar in Nase und Kehlkopf Anstoss zur Bildung von Polypen und Papillomen geben.

P. spricht sich für die frühzeitige Behandlung aus, um eben jenen Folgen vorzubeugen; er nimmt die Operation vom Munde aus vor. CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

36) A. Mantle (Durham). **Infectiöse Tonsillarangina, bei welcher Rheumatismus eine hervorragende Rolle spielte. (Infections sore throat, in which rheumatism played a prominent part.)** *Brit. Med. Journal. 21. November 1885.*

Der Verfasser beginnt seinen sehr interessanten, gelegentlich des Meetings der Brit. Med. Assoc. in Cardiff gehaltenen Vortrag mit der Mittheilung, dass er mehrere Epidemieen infectiöser, mit Rheumatismus associirter Angina gesehen habe, theilt dann mehrere typische Fälle, hinsichtlich deren auf das Original verwiesen werden muss, detaillirt mit, und fährt nun fort:

„Die Krankheit scheint, soweit sie den Hals betrifft, in zwei Formen vorzukommen; bei der einen findet man einen weissen, bisweilen membranösen Belag auf den Tonsillen, nach dessen Ablösung eine blutende Oberfläche zurückbleibt. Diese will ich zur Unterscheidung die „membranöse Form“ nennen. Bei der anderen findet sich weder Belag noch Membran auf den Tonsillen, sondern ein dickliches Secret auf den Theilen, welche geschwollen sind. Diese will ich als die „nicht-membranöse Form“ bezeichnen. Die erste oder membranöse Form scheint sich an die milderen Fälle diphtheritischer Tonsillitis anzuschliessen, während die zweite oder nicht-membranöse Form den milderen Fällen der scarlatinösen Tonsillarangina näher steht. In beiden sind die allgemeinen Symptome des Leidens dieselben. Dasselbe setzt ein mit Frösteln, öfters mit einem deutlichen Schüttelfrost. Der Pat. klagt über den Hals und erklärt öfters, dass „jedes Gelenk in seinem Körper ihm weh thäte“. Die Tonsillen sind stets congestionirt und öfters geschwollen, und mögen, wie bereits angegeben, einen membranösen Belag zeigen oder auch nicht. Die tiefgehende Ulceration derselben, wie man sie öfters beim Scharlach sieht, kommt nie zur Beobachtung, Abscessbildung nur äusserst selten. Die Submaxillardrüsen sind gewöhnlich schmerzhaft und bisweilen vergrössert.“

„Meiner Erfahrung nach wird fast stets über Schmerzen in den Gelenken geklagt. Die Gelenke der oberen Extremität, namentlich die Faustgelenke, scheinen am häufigsten zu leiden, aber auch die Knie- und Fussgelenke sind häufig afficirt, und die Klage über Schmerzen in der Gegend der unteren Rücken- und Lendenwirbelgelenke ist eine sehr gewöhnliche. In schweren Fällen zeigen sich auch Gelenkschwellungen. Die Hautthätigkeit ist bisweilen sehr lebhaft und häufig riecht der Schweiss sauer. Ich habe niemals Albumen im Urin gefunden, obwohl ich eine Reihe von Fällen darauf hin untersucht habe, gewöhnlich aber findet sich ein starker Excess von harnsauren Salzen. In einigen Fällen, besonders in den mit hohem Fieber einhergehenden, ist das Herz afficirt. Ich habe mehrmals ein Mitralgeräusch constatiren können. Zwar ist dasselbe in allen Fällen bei Einhaltung strengster Ruhe wieder verschwunden, doch wäre es wohl denkbar, dass ohne Beobachtung dieser Vorsichtsmassregel dies nicht der Fall gewesen wäre.“

„Ohne Zweifel gehören diese Fälle zu denen, welche bei Herzklappenleiden junger Personen den Mangel einer rheumatischen Vorgeschichte ersetzen. In schweren Fällen steigt die Temperatur bisweilen auf 40,0°, in leichten über-

schreitet sie oft nicht 38°. In zwei Fällen habe ich ein Exanthem vom Character des papulösen Erythems gesehen."

„Ein specieller Characterzug der Krankheit ist der kurze, scharfe Verlauf, den sie gewöhnlich nimmt: manchmal verschwinden die hohe Temperatur und starke Pulsfrequenz fast so schnell, als sie gekommen sind. Gelegentlich, doch nur sehr selten, findet eine Recrudescenz der Symptome statt. Das Leiden scheint am häufigsten Personen von 10—30 Jahren zu befallen. In zwei Fällen habe ich gesehen, dass Patienten nach einem Intervall von $2^1/_2$ Jahren aufs Neue an der Affection erkranken. Das pathogene Moment beruht meiner Ansicht nach in schlechten sanitären Verhältnissen: überfüllten Wohnungen mit mangelhafter Ventilation und schlechter Drainage. Vielleicht wünschen einige meiner Zuhörer zu wissen, ob Diphtheritis- und Scharlachepidemieen diesen Epidemieen infectiöser Angina unmittelbar vorangegangen oder gefolgt sind. Ich kann nicht sagen, dass dies der Fall gewesen ist, obwohl Scharlach häufig in demselben District herrscht, in dem sie zur Beobachtung kamen."

Zum Schlusse demonstrirte der Vortragende Mikroorganismen (leider sind dieselben nicht näher beschrieben. Ref.), welche er stets in den Secreten und membranösen Belegen auf den Tonsillen in solchen Fällen gefunden hatte, sowie deren Wachsthumstypus in Culturen auf gelatinirten Fleischinfusionen.

SEMON.

Tonsillitis u. Rheumatismus. (Quinsy and rheumatism; tonsillitis and rheumatic diathesis; infectious sore throat etc.)

37) **F. P. Atkinson** (Surbiton) — *Brit. Med. Journ. 29. August 1885.*
38) **W. E. Green** (Sandown) — *Ibidem. 26. September 1885.*
39) **C. Haig Brown** (Godalming) — *Ibidem. 3. October 1885.*
40) **F. P. Atkinson** (Surbiton) — *Ibidem. 10. October 1885.*
41) **W. E. Green** (Sandown) — *Ibidem. 17. October 1885.*
42) **F. P. Atkinson** (Surbiton) — *Ibidem. 28 November 1885.*
43) **N. F. H. Fitzmaurice** (Dunning) — *Ibidem. 5. December 1885.*
44) **Fortescue Fox** (Strathpeffer Spa.) — *Ibidem. 9. Januar 1886.*
45) **W. Easby** (Peterborough) — *Ibidem. 9. Januar 1886.*
46) **J. Craig** (Llandudno) — *Ibidem. 16. Januar 1886.*
47) **H. G. Plimmer** (London) — *Ibidem. 23. Januar 1886.*
48) **John Brown** (Bacup) — *Ibidem. 6. Februar 1886.*
49) **A. H. F. Cameron** (Liverpool) — *Ibidem. 6. Februar 1886.*
50) **A. S. Gubb** (London) — *Ibidem. 13. März 1886.*

Wie unsere Leser aus der stattlichen Anzahl von Autornamen im obigen Titel ersehen, hat die in England seit geraumer Zeit bestehende Discussion über den behaupteten Zusammenhang zwischen Tonsillitis und Rheumatismus, auf welche wir bereits zu wiederholten Malen (vgl. Centralblatt, Jahrgang I. S. 242, Jahrgang II. SS. 258 u. 334), und auch im vorstehenden Referat aufmerksam gemacht haben, in letzter Zeit einen sehr lebhaften Aufschwung genommen. — Atkinson, der noch vor kurzer Zeit seinen Unglauben an einen causalen Zusammenhang beider Leiden aussprach (vgl. diesen Jahrgang S. 334), hat seitdem — zum ersten Male in einer zwanzigjährigen Praxis — einen Fall von gleichzeitigem Auftreten von Tonsillitis und acutem Rheumatismus beobachtet, bleibt

aber dessenungeachtet bei seiner früher mitgetheilten Erklärung der differenten Aetiologie beider Leiden stehen. Hiergegen citirt Green Fälle seiner eigenen Praxis, die seiner Ansicht nach einen causalen Zusammenhang beider Affectionen mit Bestimmtheit beweisen, und wird von Haig Brown mit einer schwer ins Gewicht fallenden Statistik unterstützt. Derselbe hatte nämlich Gelegenheit, bei 119 von 127 Fällen von acuter Tonsillitis, die er in den letzten 3 Monaten des Jahres 1884 behandelte, zuverlässige Daten hinsichtlich rheumatischer Diathese und Complicationen zu erhalten. (Haig Brown ist Arzt an einer höheren Knabenschule, in welcher zu jener Zeit, wie er dem Referenten mittheilte, eine reguläre Tonsillitisepidemie bestand.) Von diesen 119 Patienten hatten 76 eine rheumatische Vorgeschichte aufzuweisen. In 14 Fällen hatten die Patienten selbst acuten Gelenkrheumatismus gehabt, in 24 Muskelrheumatismus, in 28 waren mit der Mandelentzündung rheumatische Schmerzen und ein stark saurer Geruch associirt, in 10 hatten nicht die Patienten selbst, wohl aber ihre Eltern am Gelenkrheumatismus gelitten. 46 Patienten hatten rheumatische Eltern (in 22 Fällen die Väter, in 14 die Mütter, in 10 beide Eltern), 17 hatten Brüder und Schwestern, die an Gelenkrheumatismus gelitten hatten. — Gegen Green macht Atkinson dann geltend, dass das von der British Medical Association niedergesetzte Comité für Sammelforschung, das sich speciell mit dem Gegenstande „Rheumatismus" beschäftigt habe, zu der Ueberzeugung gekommen sei, dass ein bestimmter Zusammenhang zwischen diesem Leiden und Tonsillitis sich nicht erweisen lasse. — Diese Angabe wird nun wieder von Green bestritten: das Comité habe im Gegentheil gefunden, dass in mehr als 25 pCt. aller Fälle von acutem Rheumatismus dem Anfall eine Mandelentzündung vorhergehe, und dass die Frage des Zusammenhangs zwischen beiden Leiden weitere Erwägung verdiene. Green's eigene Erfahrung geht dahin: 1) dass man häufig finde, dass an acutem Gelenkrheumatismus leidende Patienten früher Mandelentzündungen unterworfen gewesen seien, dass aber letztere nur selten aufträten, nachdem die rheumatische Disposition fest etablirt sei; 2) dass man häufig finde, dass die jungen, an Tonsillitis leidenden Patienten nahe Verwandte hätten, die an acutem Gelenkrheumatismus litten; 3) dass man allerdings auch Fälle anträfe, in denen kein Zusammenhang zu bestehen scheine, dass diese aber selten seien, und in seiner eigenen Praxis sich nicht auf ein Drittel aller Fälle beliefen. — In seiner Antwort giebt Atkinson zu, dass er die Angabe hinsichtlich des Resultats der Sammelforschung nach dem Gedächtniss gemacht habe, hält aber im Uebrigen seine Ansicht aufrecht. — Fitzmaurice berichtet einen Fall von Tonsillitis, gefolgt von acuter Glossitis und acutem Gelenkrheumatismus, welch' letzterem die Patientin, eine 60jährige, verheirathete, rheumatische Dame, erlag, nachdem die entzündlichen Erscheinungen im Munde und Rachen völlig abgelaufen waren. — Mit Recht bemerkt Fortescue Fox, dass der eben erwähnte Fall einen starken Verdacht auf Pyämie erwecke. Er selbst berichtet dann einen anderen Fall von ineinander greifenden Erscheinungen von acutem Gelenkrheumatismus, Erythema nodosum und acuter Tonsillitis. — Ein anderer Fall von Tonsillitis, gefolgt von acutem Gelenkrheumatismus, wird von Easby berichtet. In diesem Falle ist es besonders merkwürdig, dass die Tonsillitis auf die Darreichung

von Salicylpräparaten zurückging, der Rheumatismus aber nicht. Derselbe wich jedoch schnell einer Jodkalium- und Acidum-citricum-Behandlung.

Craig schliesst sich den Ausführungen Mantle's (vgl. Referat 36 dieser Nummer) vollständig an, theilt einschlägige Erfahrungen aus seiner eigenen Praxis mit und erwähnt einer ohne Rheumatismus einhergehenden, anscheinend auf der Grenze zwischen Tonsillitis und milder Diphtheritis stehenden Gruppe ebenfalls epidemisch auftretender Fälle, bei denen die Ausdünstungen der Kranken etwas so Specifisches haben sollen, dass man es noch eine Stunde später riechen kann, sobald der Leidende in einem Zimmer gewesen ist. Plimmer theilt einen Fall mit, der den Zusammenhang zwischen Tonsillitis, Rheumatismus und Erythema nodosum illustriren soll. — John Brown hat ebenfalls den Zusammenhang zwischen Tonsillitis und Rheumatismus beobachtet, stellt eine grössere Arbeit hierüber in Aussicht und behauptet, dass man Abscedirung bei der Tonsillitis gewöhnlich durch Darreichung folgender Mixtur verhüten könne: Rep. Natr. salicyl. Kalii bicarbon. aa 5,0, Tinct. Aconit. 1,6, Acet. Opii 1,2, Spirit. Chloroform. 7,5 [Spirit. Chloroform. = 1 Theil Chloroform und 19 Theilen Spirit. vini rectif.], Aq. ad 250,0. M. D. S. Ein Esslöffel 2—3 stündlich während der ersten 36 Stunden des Leidens. — Cameron bestätigt ebenfalls den Zusammenhang beider Leiden und lenkt die Aufmerksamkeit auch auf das häufige Vorkommen heftiger Anginen bei der Gicht. Er giebt zwei Beispiele dafür, dass solche Anginen entweder selbstständig oder als Initialsymptome eines regulären Gichtanfalles auftreten können. — Gubb lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass Lennox Browne bereits im Jahre 1878 in seinem Lehrbuche: The Throat and its Diseases, p. 132 die Beziehungen der Tonsillitis zum Rheumatismus betont habe.

[Der vorstehende Bericht beansprucht nicht als eine Mittheilung aller von den Anhängern beider Ansichten ins Feld geführten Argumente zu gelten, sondern nur, unsere Leser zur Lectüre der interessanten Discussion und zur eigenen Verfolgung der Frage anzuregen. Der Referent, welcher über ein sehr bedeutendes Material hinsichtlich der Tonsillitis verfügt (vgl. St. Thomas's Hospital Reports 1882—84), möchte seine eigenen Erfahrungen dahin präcisiren, dass er sehr häufig eine Combination von Tonsillitis mit rheumatoiden Schmerzen, weit seltener mit unzweifelhaftem, acutem Gelenkrheumatismus gesehen hat und dass die Salicylpräparate, die er in einer grösseren Anzahl von mit allgemeinen rheumatischen Syptomen einhergehenden Fällen von Tonsillitis in Anwendung gezogen hat, den localen Process in den Mandeln nicht im Mindesten beeinflusst haben. (Vgl. St. Thomas's Hospital Reports 1882, p. 84.) Er ist mehr und mehr dazu geneigt, die rheumatoiden Schmerzen ebenso wie die häufigen Initialfröste, die Höhe des Fiebers, die nach dem Ablauf des acuten Processes längere Zeit zurückbleibende allgemeine Schwäche — deren Intensität oft ganz ausser Proportion zu der Intensität der Localerscheinungen stehen — als den Ausdruck einer Allgemeininfection des Systems anzusehen und die acute lacunäre Tonsillitis mit B. Fränkel, auf dessen interessante Ausführungen unter dem Titel „Angina" in der Eulenburg'schen Real-Encyclopaedie hiermit nachdrücklich verwiesen sei, als eine acute Infectionskrankheit aufzufassen.] SEMON.

51) **J. C. Sexton. Acute follikuläre Tonsillitis. (Acute follicular tonsillitis.)** *Cincinnati Lancet and Clinical. 12. Dec. 1885.*

Verf. ist der Ansicht, dass die acute Form der incorrect Folliculartonsillitis genannten Krankheit, Wagner's acute lacunäre Tonsillitis, sicher contagiösen Ursprungs sei. Er berichtet 7 Fälle zur Stütze seiner Ansicht. LEFFERTS.

52) **James E. Tree. Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *Philadelphia Med. & Surg. Rep. 3. Oct. 1885.*

Eine allgemeine Betrachtung über diese Materie, die jedoch nichts Neues enthält. LEFFERTS.

53) **Landouzy. Tonsillarfieber. (Fièvre amygdalienne.)** *Journ. des connaissances méd. No. 52. 24. December 1885*

Ein kräftig gebauter Mann erkrankte plötzlich unter heftigem Fieber. Trotz genauer Untersuchung konnte nur eine rechtsseitige Mandelentzündung und Albuminurie nachgewiesen werden.

L. meint, anknüpfend an diesen Fall, dass es sich hier um eine Allgemeininfection gehandelt habe mit Localisation in den Tonsillen und den Nieren und dass der Ausdruck Amygdalitis richtiger durch Tonsillarfieber ersetzt werden solle.

Die Eingangspforte des Contagiums der Infection bilden wahrscheinlich die Tonsillen, an welchen Luft und Nahrung vorbeistreichen. — In vielen schweren Allgemeinerkrankungen mit unaufgeklärter Ursache wäre gewiss ein Contagium durch die Tonsillen in den Organismus gelangt.

Leute, die mit Erosionen an den Mandeln behaftet sind, mögen die Erosionen welcher Natur immer sein, sollten kein Spital besuchen, da sie durch diese Erosionen eine offene Eingangspforte der Diphtherie und Tuberculose darbieten. E. J. MOURE.

54) **Weinlechner (Wien). Unterbindung der linken Carotis communis wegen Blutung aus einer Tonsillar-Abscesshöhle.** *Wiener med. Blätter. No. 53. 1885.*

Dieser Abscess bestand seit 14 Tagen. In Folge der Carotisligatur trat Lähmung des rechten Facialis und der rechtsseitigen Extremitäten mit Aufregungszuständen auf, welche Erscheinungen aber alle nach 6 Wochen nahezu völlig schwanden. 8 Monate nachher erfolgte plötzlicher Tod unter dem Bilde einer Hirnapoplexie. CHIARI.

55) **Vögtli (Basel). Seltener Fall von Urämie.** *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 20. 1885.*

Die Urämie wurde durch einen Tonsillarabscess eingeleitet. Beginn der Angina am 7. März. Incision und Eiterentleerung am 13. März. Daraufhin längeres Anhalten der Mandelschwellung. Am 24. März erster epileptiformer Anfall und am gleichen Morgen sechs andere. Tiefes Coma, starke Albuminurie, Amaurose. Nach 5 Wochen vollständige Heilung. Verf. erklärt sich den Zusammenhang der Anfälle mit dem Mandelabscess durch Annahme rascher Eiterresorption. JONQUIÈRE

56) **A. B. Thrasher. Chronische follikuläre Tonsillitis. (Chronic follicular tonsillitis.)** *Cincinnati Lancet and Clinic. 21. Nov. 1885.*

Der Autor behandelt diese Affection, indem er die Lacunen der Tonsillen

von den Secreten befreit. Sind sie flüssig, so geschieht dies mittelst absorbirender Watte; sind sie fest, mit einer schraubenartigen Sonde oder mit einem feinen Draht, welcher an seinem Ende wie ein Korkzieher gebogen ist. Nachdem die Lacunen gesäubert sind, wird ihr Grund cauterisirt. Eine saturirte Zinkchloridlösung wird allen anderen Causticis für diesen Zweck vorgezogen. Jede andere Behandlung hält er für nutzlos. LEFFERTS.

57) **Jurasz** (Heidelberg). **Casuistische Beiträge zur Lehre von den Anomalien der Gaumentonsillen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 12. 1885.*

Bei einem jungen Gärtner fand sich der Raum zwischen den Gaumenbögen rechterseits auffallend gross und nur mit einigen Rudimenten von Tonsillargewebe erfüllt, während die Hauptmasse der Tonsille als hühnereigrosse Geschwulst in den unteren Theil des Pharynx hinunter hing, um gelegentlich im Isthmus zu erscheinen. Diese Geschwulst — Tonsilla pendula — entsprang mit dünnem Stiele von der vorderen unteren Fläche des rechten hinteren Gaumenbogens und wurde exstirpirt.

Verf. beobachtete ferner im Nasenrachenraum einer Dame eine dem oberen Abschnitte der Plica salpingo-pharyngea aufsitzende Tonsilla accessoria.

Die mikroscopischen Details sind im Original nachzulesen. SCHECH.

58) **Schiffers** (Lüttich). **Amygdalotomie. (De l'amygdalotomie.)** *Annales de la Société méd. chir. de Liège. No. 9. 1885.*

Besprechung des heutigen Standpunktes bezüglich der hypertrophirten Mandeln und deren Beseitigung, wobei ein Fall angeführt wird, wo nach einer rechtsseitigen Amygdalotomie mit schwerer Hämorrhagie die Stimme eines Barytons einen bleibenden näselnden Beiklang bekommen hatte. In einem anderen Falle war dem Autor passirt, dass ihm das Ringmesser seines Mathieu'schen Amygdalotoms bei der Operation zerbrach, glücklicher Weise ohne üble Folgen. Im Wesentlichen spricht sich Schiffer für die Operation mit dem Galvanocauter aus.

BAYER.

59) **Grand. Bemerkung über eine Indication der Amygdalotomie. (Note sur une indication de l'amygdalotomie.)** *Loire méd. St. Etienne. 15. Oct. 1885.*

Die Arbeit war dem Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

60) **Cahn. Amygdalotomie, ausgeführt nach Local-Anesthesie mit Hülfe einer 5procent. Lösung von Cocaïnum muriaticum. (Amygdalotomie pratiquée après anesthésie au moyen de la solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20.)** *Ann. des mal. de l'oreille. No. 3. Juli 1885.*

Die Kranke soll nach der Einpinselung mit Cocain gar nichts von der Operation gespürt haben.

Es bleibt nur zu wissen übrig, ob die Amygdalotomie überhaupt eine schmerzhafte Operation ist. E. J. MOURE.

61) **Schlesinger. Tonsillotomie und Blutung.** *Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 1883/84.*

Das Journal ist dem Ref. unzugänglich. SCHECH.

62) **Lermoyez** (Paris). **Ueber die Cocaïnanesthesie bei der Amygdalotomie. (De l'anaesthésie par la cocaïne dans l'amygdalotomie.)** *Bullet. génér. de thérapeut. No. 3. 1885.*

Nach 4 maliger Einpinselung mit einer Cocainlösung (1 : 30) konnten die beiden Mandeln, die rechte zum Theil, die linke vollständig abgekappt werden, ohne dass die furchtsame Kranke Zeichen des Schmerzes von sich gegeben hätte.
E. J. MOURE.

63) **M. Pargamin. Tonsillenstein. (Predki kamen w oblasti prawoi mindalini.)** *Wratsch. No. 18. 1885.*

Tonsillenstein der rechten Mandel von etwa 4,0 Gewicht, der Schmerzen im rechten Kiefergelenk verursachte. Entfernung mit dem Finger. LUNIN.

64) **K. Winogradow. Chemische Analyse eines Tonsillensteins. (K powodu wtorowa slutschea kamnja mindalewidnoi schelesi.)** *Wratsch. No. 18. 1885.*

Der von Dr. Pargamin entfernte Tonsillenstein zeigte auf der Schnittfläche einen concentrischen Bau, wo weisse Schichten mit gelben abwechselten. Mit Jod-Jodkalilösung färbten sich die weissen Schichten gelb, die gelben dunkelroth. Der Stein enthielt 20 pCt. organische Substanz; die anorganische Substanz war kohlensaurer Kalk, die organische bestand aus Plattenepithelien und Leptothrixpilzen. LUNIN.

65) **Terillon** (Paris). **Stein der Tonsille. (Calcul de l'amygdale.)** *Association franç. pour l'avancement des sciences; 14. session à Grénoble. 19 August 1885.*

C. entfernte bei einem 50jährigen Mann einen Stein der Tonsille von Haselnussgrösse, der seit 2 Jahren bald acute, bald subacute entzündliche Zustände hervorgerufen hatte, die an ein Carcinom der Tonsille denken liessen. Diese war in der That hart, hügelig, geschwellt und schmerzhaft. Die Untersuchung mit dem Finger liess aber einen harten stechenden Körper entdecken, der sich bei der Untersuchung mit der Sonde und bei starker Beleuchtung als Stein der Tonsille entpuppte. Mit zwei Scheerenschlägen wurden die den Stein umfassenden Ränder, die durch die hypertrophirte Tonsille gebildet waren, gespalten und der Stein entfernt, worauf Heilung eintrat. E. J. MOURE.

66) **Masse** (Bordeaux). **Polyp der Tonsille. (Polype de l'amygdale.)** *Société de chirurgie de Paris. 30. December 1885.*

Der Polyp war am oberen Theile der linken Tonsille inserirt und reichte bis zur Epiglottis herab, durch deren Berührung er einen unaufhörlichen Husten auslöste. Er wurde durch Torsion seines Stieles unter localer Cocaïnanästhesie entfernt und zeigte mikroscopisch untersucht rein fibröses Gefüge. E. J. MOURE.

67) **Ernst Scheurlen. Fibrosarcom der Tonsille.** Berliner Dissertation. 1885.

Beschreibung eines Mannsfaust grossen Tumors der rechten seitlichen Halsgegend. „Vom Munde aus sah man die beiden Gaumenbögen der rechten Seite etwas weniger hervorragend und weniger gekrümmt als auf der linken, die Tonsille war nicht mehr zu erkennen; sie war abgeflacht und hart und ging offenbar direct in den Tumor über; der Sinus pyriformis war angefüllt von der Geschwulst, die direct auf den Kehldeckel drückte." Der Tumor wurde von Herrn Prof.

v. Bergmann, auf dessen Klinik der Fall zur Beobachtung kam, entfernt. Die anatomische Untersuchung ergab ein Fibrosarcom. Verf. nimmt an, dass dasselbe von der Tonsille ausgegangen sei.

B. FRAENKEL.

68) **A. E. Barker** (London). **Primäres Lymphosarcom der Tonsillen. (Primary lymphosarcoma of tonsils.)** *Brit. Med. Journal. 24. October 1885.*

69) **Bilton Pollard** (London). **Sarcom der Tonsille. (Sarcoma of tonsil.)** *Ibidem.*

Beide Fälle wurden der Londoner Path. Gesellschaft am 20. October 1885 mitgetheilt und die Discussion drehte sich um beide; daher hier der gemeinschaftliche Bericht. In Barker's Fall handelte es sich um ein typisches Lymphosarcom einer Tonsille mit Betheiligung der Halslymphdrüsen an derselben Seite bei einer 74jährigen Dame. Nach vorheriger Entfernung der Drüsen wurde das Sarcom, welches eingekapselt zu sein schien, leicht exstirpirt; schon nach 6 Wochen aber trat ein Recidiv in der anderen Tonsille und den benachbarten Weichtheilen des Halses auf und die Patientin starb zwei Monate später. Die Operation sei nur als Palliativum wegen der Obstruction der Fauces ausgeführt worden. Der Vortragende hielt das Leiden für sehr selten, doch seien innerhalb des letzten Jahres zwei andere Fälle im Londoner University Hospital zur Beobachtung gekommen, deren einer einen 70jährigen Mann betraf und in welchem nach stattgehabter Exstirpation bis jetzt kein Recidiv erfolgt sei. — Pollard zeigte die rechte sarcomatöse Tonsille eines 72jährigen Greises, welche von Mr. Marcus Beck im University College Hospital entfernt worden war. (Anscheinend ist dieser Fall mit dem von Barker letzterwähnten identisch. Ref.) Die Operation war leicht: der eingekapselte Tumor konnte nach einem Einschnitt mit den Fingern ausgeschält werden. P. gab dann eine genaue Beschreibung des mikroscopischen Befundes.

In der Discussion betonte Butlin zunächst, dass die Sarcome der Tonsillen durchaus nicht so selten zu sein schienen, wie dies gewöhnlich geglaubt würde. Vor fünf Jahren habe er nur 12 Fälle zusammenbringen können, in denen die Natur der Neubildung durch mikroscopische Untersuchung festgestellt war, seitdem habe er selbst aber 5—6 solche Fälle gesehen. Die Exstirpation sei nur als Palliativum bei Obstruction der Fauces zulässig, im Uebrigen hoffnungslos. Endlich regte er die Frage an, ob nicht, obwohl es gebräuchlich sei, von diesen Geschwülsten als „primären Sarcomen der Tonsille" zu sprechen, dieselben vielleicht nur Theilerscheinungen disseminirter Lympho-Sarcomatose darstellten, bei der die ersten grösseren Geschwülste in den Tonsillen aufträten. Der Referent schloss sich den Ansichten des Vorredners an, sowohl in Betreff der Hoffnungslosigkeit der Operation als auch hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommens maligner Tonsillengeschwülste überhaupt. Allein im letzten Jahre seien etwa zehn Fälle beschrieben worden. Auch Golding-Bird bestätigte die Ausführungen Butlin's, während Mr. Williams sogar meinte, dass bösartige Geschwülste der Tonsillen etwa ebenso häufig seien wie solche des Kehlkopfs — eine Behauptung, deren Richtigkeit der Referent doch vor der Hand stark bezweifeln möchte.

SEMON.

70) **Heiberg** (Aalborg). **Krebs der Tonsille. (Aalborg Amts Sygehusberetning 1884.)** *Ugeskrift for Laeger. p. 205. 1885.*

In dem Jahresberichte wird des Falles eines Patienten, der an Krebs der Tonsille und des Gaumensegels litt, in Kürze Erwähnung gethan. Derselbe starb an einer Blutung aus der Carotis interna. Näheres fehlt. SCHMIEGELOW.

71) **Duncan J. Mackenzie** (Glossop). **Hamamelis Virginica bei der Behandlung von Prostataleiden und Krebs im Munde.** *Brit. Med. Journal. 21. Oct. 1885.*

Uns interessirt hier nur der zweite von M. berichtete Fall. Es handelte sich um Krebs der rechten Tonsille mit späterer Betheiligung der Zunge. Die Diagnose wurde von Dr. Hodgkinson in Manchester bestätigt. Eine heftige Blutung aus der Neubildung wurde durch die Hamamelistinctur „in gewöhnlichen medicinischen Dosen“ gestillt; es ergab sich dabei, dass das Medicament einen so vorzüglichen Einfluss auf die Verhinderung der Bildung zähen Secrets auf den ulcerirten Flächen hatte und dadurch so wesentlich zum Comfort des Patienten beitrug, dass es auch weiterhin dauernd als Palliativum in Anwendung gezogen wurde. SEMON.

72) **S. Tomaschewski** (Kiew). **Primäre syphilitische Induration der rechten Mandel. (Slutschai perwitschnawo syphilitisch nawo satwerdenia prawoi mindalini.)** *Russ. med. No. 18 u. 19. 1885.*

Bei einem 15 Jahre alten Mädchen (virgo intacta), das seit einem Monate über Schmerzen beim Schlucken klagte, fand T. die rechte Mandel vergrössert und auf derselben ein rundes Geschwür von etwa 1 Ctm. im Durchmesser. Die Mandel fühlte sich fast knorpelhart an. Die benachbarten Lymphdrüsen auf der rechten Seite des Halses geschwellt. Auf dem Körper Roseola syphil. Die Art der Ansteckung blieb unbekannt. Unter antisyphilitischer Behandlung schwanden alle syphilitischen Erscheinungen. LUNIN.

73) **Boland** (Verviers). **Mycosis tonsillaris. (Mycosis tonsillaire.)** *Extrait des Annales de la Société médico-chir. de Liège.*

Nach fleissiger Berücksichtigung und Besprechung aller diesbezüglichen Publicationen, theilt Boland zwei selbstbeobachtete Fälle mit, von denen besonders der zweite beobachtete Fall einer ganz gründlichen Beobachtung unterzogen worden ist. BAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

74) **Samuel W. Smith. Geschichte und Behandlung von 30 Diphtheriefällen. (The history and treatment of 30 cases of diphtheria.)** *Trans. N.-Y. State Med. Assoc. meeting. N.-Y. Med. Journal. 28. Nov. 1885.*

Die Fälle wurden sämmtlich nach der von Dr. Billington empfohlenen Methode behandelt. Dieselbe besteht in der alternirenden Darreichung von Tinct. ferri chlorat. in Glycerin und Kal. chloric. innerlich, vollständiger Irrigation der afficirten Theile des Pharynx und der Nase mit einer Solution von gewöhnlichem Kochsalz, welchem Dr. Smith Borax hinzusetzt, und Besprühung der Fauces

mit Kalkwasser und Carbolsäure. Von diesen 30 Fällen starben 5. Der Autor ist kein Anhänger der Tracheotomie bei Larynxdiphtherie. Er ist kein Dualist, sondern neigt zu dem Glauben, dass membranöser Croup und Larynxdiphtherie identisch seien. Er meint, dass diejenigen, welche alle Fälle von Diphtherie heilen, nicht zuverlässig seien, sondern mehr Dichtung als Wahrheit mittheilen. Dr. Smith gab seinen Patienten weder Alcohol noch Chinin, sondern setzte sie auf stricte Milchdiät.

LEFFERTS.

75) **Marc Jousset** (Paris). **Behandlung der Diphtherie. (Angina membranacea und Croup.) [Traitement de la diphtérie, angine couenneuse et croup.]** Paris, 1885. Baillière et fils.

J unterscheidet 4 Formen von Diphtherie: a) die gewöhnliche, b) die gutartige, c) die putride und d) die atactische Form. Er giebt nun in der 42 Seiten zählenden Brochüre eine flüchtige Aufzählung der für diese Formen angewendeten Heilmittel.

E. J. MOURE.

76) **Biering** (Roskilde). **Bemerkungen über die Behandlung der Diphtheritis. (Bemorkninger om diphteriens behandling.)** *Ugeskrift for Laeger. No 25. p. 399. 1885.*

B. empfiehlt häufige Pinseluugen (jede 6—10 Minuten) mit einem antiseptischen Mittel und zieht unter diesen Chlorkalium vor. Von Aetzungen wird abgerathen.

SCHMIEGELOW

77) **F. N. Kramer. Radicalheilung der Diphtheritis etc.** Amsterdam, 1885. Schetema et Holkema.

Unzugänglich.

BAYER.

78) **Richard Lord** (London). **Diphtheritis, geheilt durch Tolu-Firniss. (Diphtheria cured by tolu varnish.)** *Brit. Med. Journal. 12. December 1885.*

79) **A. Young Morton** (Drymen). **Diphtheritis und Tolu-Firniss. (Diphtheria and tolu varnish.)** *Ibidem. 9. Januar 1886.*

Lord berichtet einen Fall, in welchem nach Application von Tolu-Firniss bis die, wie solche von Morell Mackenzie empfohlen wird (Diseases of the Throat and Nose. Vol. I., p. 166 u. ff.), die diphtheritischen Membranen innerhalb vier Tagen verschwanden und Genesung erfolgte. — Morton bezweifelt in einem sehr ironisch und skeptisch gehaltenen Paragraphen sowohl die Richtigkeit der Diagnose in dem betreffenden Falle, wie überhaupt die Wirksamkeit so ausschliesslich localer Mittel, wie der Firnisse, bei einem constitutionellen Leiden, wie der Diphtherie.

SEMON.

80) **Fraigniaud. Ueber die Anwendung des Resorcins gegen Diphtherie. (De l'emploi de la résorcine contre la diphthérie.)** *Union méd. p. 493—495. 24. Sept. 1885.*

Es wird über einen Fall von Diphtherie bei einem 14 Monate alten Kinde berichtet, in welchem F. ein gutes Resultat von der localen Anwendung einer Resorcin-Glycerin-Lösung (4 : 30) sah. — Es wird aber die Wirkung des Resor-

cins nicht allein der Besserung der localen Affection zugeschrieben, sondern hauptsächlich dem Umstande, dass das Resorcin von der Schleimhaut rasch resorbirt wird und im Blute die Bildung des Diphtherie-Virus hemmt. E. J. MOURE.

81) **Kurz** (Florenz). **Zur Wirkung des Papaïn bei Diphtherie.** *Betz's Memorabilien. 5. Heft. 1885.*

Mittheilung eines schliesslich tödtlich verlaufenen Falles von schwerer Larynx-, Tracheal- und Bronchial-Diphtherie; unter fortwährender Inhalation einer 5proc. Papaïnlösung — es wurden im Ganzen 140 Grm. Papaïn verbraucht — wurden zahlreiche Membranen expectorirt und dadurch die Tracheotomie vermieden. Schliesslich stellte sich eine Pneumonie ein, welcher Patientin trotz ergiebiger Sauerstoffinhalationen erlag. SCHECH.

82) **Jas. T. Sullivan. Behandlung der Diphtherie mit einer Solution von Alum. chlorat. (Solution of chloride of aluminium in the treatment of diphtheria.)** *Pacific Med. Surg. Journal. Nov. 1885.*

Verf. glaubt, dass die Diphtherie bacterieller Natur sei, dass sie local im Halse auftritt und später zu einer Allgemeininfection führt. Local wendet er eine Solution von Arg. nitr. an (4 : 30), in den ersten 24 Stunden 3mal, in den zweiten 2mal. Die nächste wichtigste Massnahme ist die constante Besprühung des Halses (alle halbe Stunden) mit einer warmen Lösung von Alum. chlorat. LEFFERTS.

83) **Gille** (Febro in Schweden). **Chinolinbehandlung der Diphtheritis. (Chinolinbehandling i diphterie.)** *Hygiea. p. 281. 1885.*

Verf. hat das Chinolin, so wie es von Seifert empfohlen ist, mittelst Pinselns (Chinolin. pur. 0,5. Alcohol. Aqu. destill. ana 50) auf den afficirten Stellen des Schlundes 2—3- und 4mal applicirt und gefunden, dass das Chinolin keineswegs ein Specificum gegen die Krankheit ist, dass es aber eine deutliche und wohlthuende Einwirkung auf die Localaffection hat, indem man im Stande ist, mittelst desselben die Membranen schnell zum Schwinden zu bringen. Von 80 Patienten des Verfassers sind 10 (12,5 pCt.) gestorben. SCHMIEGELOW.

84) **Sondén. Ueber Diphtheritisbehandlung. (Om diphteriens behandling.)** *Hygiea. No. 6. p. 70. Juni 1885. Svenska Läkari Sällskapets. Förhandlingar.*

Sublimatpinselungen (1 : 1000—1 : 2000) ein- bis zweimal täglich werden empfohlen. SCHMIEGELOW.

85) **F. Abbruzzese. Sublimat bei Diphtheritis. (Il Sublimato nella difterite.)** *Giornale internazionale delle scienze mediche 1885. Supplemento alla Gazetta degli Ospitali. No. 7. 1885.*

Eine Statistik von 22 Genesungen unter stündlichem Gebrauch eines Kaffeelöffels einer Sublimatlösung von 1—2 Centigramm in 300 Grm. Eiweisswasser mit Cognac und Zucker und 3—4stündlicher Pinselung der kranken Theile mit der gleichen Lösung. KURZ.

86) **F. Dazio. Sublimat bei Diphtheritis. (Amora del Sublimato corrosivo nella difterite.)** *Giornale internazionale delle scienze mediche. Fasc. 11.*

D. wendet Pinselungen von 2promill. Sublimat an und erklärt dieselben für sehr nützlich. KURZ.

87) **Selldén** (Nordberg, Schweden). **Quecksilbercyanid gegen Diphtherie. (Qviksilfercyanid mot difteri.)** *Eira. No. 11. 1885.*

Selldén's Statistik umfasst 127 Fälle, wovon 4 mit dem Tode endeten. Quecksilbercyanid wirkt auf den typischen Krankheitsverlauf abkürzend und die diphtheritische Infection wird bedeutend modificirt. Die Kranken spüren eine augenblickliche Linderung ihrer Qualen, und Verf. hat überhaupt dieselben günstigen Resultate wie Rothe in Altenburg gefunden.

Er braucht folgende Formeln: Cyanet. hydrarg. 0,02, Tinct. aconit. 2,0, Mel. crud. 50,0. Aq. dest. 150. M. D. S. 1 Theelöffel jeden Tag und Nacht für Erwachsene, $^1/_2$ Theelöffel für Kinder. Cyanet. hydrarg. 0,04, Aq. menthae piperitae 400. M. D. S. Zum Gurgeln jede halbe Stunde. SCHMIEGELOW.

88) **Bitterlin** (Saint-Maur). **Zwei Fälle von Angina membranacea und ein Fall von Gesichtserysipel, geheilt durch den Aufenthalt der Kranken in antiseptischen Dämpfen. (Deux cas d'angine couenneuse et un cas d'érysipèle de la face guéris par le séjour des malades un milieu de vapeurs antiseptiques.)** *Gaz. des hôpit. No. 13. 1885.*

B. zieht die Methode mit antiseptischen Dämpfen von Renou den Räucherungen mit Terpenthin und Theer von Delthil vor, da letztere Zimmereinrichtung und Wartepersonal schwärzt. E. J. MOURE.

89) **Ofner** (Keltsch in Mähren). **Die Behandlung der Diphtheritis mit Perubalsam und Terpentinöl.** *Centralblatt für Therapie. No. IX. 1885.*

O. wendete bei 60 Fällen von Diphtheritis Bepinselungen mit Perubalsam an, welchen er mit Weingeist und etwas Terpenthinöl versetzt hatte. Nur 2 Kinder starben. Ausser diesen Bepinselungen gab O. noch Gurgelungen mit Kali chloricum und nur selten innerlich

Vitelli ovi No. 1, Aq. dest. q. s. p. emulsione.
Olei Terebinth. gtt. decem bis 2.00.
D. S. 2 Stunden 1 Löffel.

O. hält den Perubalsam für ein Gegengift der Diphtheritis. CHIARI.

90) **Madaille. Ueber die Behandlung der laryngealen und bronchialen Diphtherie mit Terpenthin- und Theerdämpfen und mit Milchsäureinhalationen. (Du traitment de la diphtérie laryngée et bronchique par les vapeurs d'essence de térébenthine goudronnée et par les pulvérisations d'acide lactique.)** *Marseille méd. No. 6. 30. Juni 1885.*

M. hatte Gelegenheit, eine kleine Diphtherie-Epidemie zu beobachten. In 20 der beobachteten Fälle, in denen der Kehlkopf und die Bronchien befallen waren, wendete er die Delthil'sche Behandlung mit Terpenthin und Gastheer an, doch

liess er noch Inhalationen von Milchsäure machen. Er hatte 8 gute Erfolge. Er schreibt diese zum grossen Theile den Milchsäure-Inhalationen zu.

E. J. MOURE.

91) F. A. Johnston. **Eucalyptol und Terpenthin gegen Diphtherie. (Oils of Eucalyptus and turpentine in diphtheria.)** *California Med. Journal. Oct. 1885.*

Gleiche Theile beider Oele werden als Spray gebraucht. LEFFERTS.

92) R. Couetoux. **Medicinalbehandlung der Diphtherie. (Traitement médical de la diphtérie.)** Lille, 1885. L. Danel.

Die Behandlung besteht hauptsächlich in der Anwendung von Terpenthinöl. Dieses wird im Krankenzimmer entweder in einem eisernen Löffel verbrannt oder in siedendem Wasser verdampft. E. J. MOURE.

93) Barthélemy und Bouchereau. **Diphtheriebehandlung mit Eucalyptus und Terpenthin in isolirten Pavillons während des Sommersemesters 1885. (Traitement de la diphtérie par l'eucalyptus et l'essence de térébenthine aux pavillons d'isolement, pendant le semestre d'été 1885.)** *Journ. de méd. de l'Ouest. 1885. 1885. XIX. p. 194—222. — Gaz. méd. de Nantes. 1884—1885. p. 149—156.*

Der Titel deutet den Inhalt an. E. J. MOURE.

94) Cadet de Gassicourt. **Croupbehandlung. (Traitement du croup.)** *Société méd. des hôpitaux. 12. Juni 1885.*

C. giebt eine statistische Aufstellung der spontan oder richtiger unter Anwendung der üblichen Heilmittel geheilten wahren Fälle von Croup und verspricht, in seiner Abtheilung für diphtheritisch Erkrankte nun die Delthil'sche Methode anzuwenden und deren Erfolg statistisch zu prüfen. E. J. MOURE.

95) Maréchal. **Croupbehandlung mit Terpenthindämpfen. (Traitement du croup par les vapeurs de térébenthine.)** *Société méd. des hôpitaux. 27. März 1885.*

Zwei Croupanfälle, die bei einem Kinde mit einigen Tagen Intervall auftraten, wurden durch die Delthil'sche Methode geheilt. E. J. MOURE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

96) Joseph O'Dwyer (New-York). **Catheterismus des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *New-York Medical Journal. Vol. XLII. No. 6. p. 145. 8. Aug. 1885.*

Obwohl die zu diesem Zweck vom Verf. ersonnenen Röhren noch nicht zu seiner völligen Zufriedenheit gereichen, so sieht er sich doch, da verschiedene öffentliche Hinweise auf dieselben gemacht wurden, veranlasst, eine kurze Beschreibung einer Methode zu geben, welche er sowohl zur Dilatation der chronischen Stenose, wie bei den acuten Fällen, wo sie zuerst von ihm angewandt wurde, für werthvoll hält. Es waren dies viele Fälle von diphtheritischem Croup.

Folgendes ist die Methode der Einführung des Rohrs, und zwar ohne Anästheticum: Das Kind wird aufrecht in den Armen einer Wärterin gehalten, hierauf der Mundsperrer in den linken Mundwinkel, gut nach hinten zwischen die

Zähne eingeführt und weit geöffnet. Ein Assistent hält den Kopf ein wenig nach hinten gebeugt, während der Operateur den linken Zeigefinger einführt, um die Epiglottis aufzurichten und das Rohr in den Larynx zu schieben. Der Griff des einzuführenden Instruments wird im Beginn der Operation dicht gegen die Brust des Patienten gehalten und, sobald das Rohr sich der Glottis nähert, plötzlich erhoben. Sobald der Obturator entfernt ist und man sich fest versichert hat, dass die Röhre im Larynx ist, wird der Faden, welcher an ihr befestigt ist, um sie, sobald sie in den Oesophagus gerathen ist, herauszubringen, zurückgezogen; gleichzeitig hält man mit dem Finger die Röhre fest, damit sie nicht ebenfalls herausgezogen wird.

Die Entfernung der Röhre geschieht in ähnlicher Weise. Aber da das Kind sich hierbei sträubt, so ist es schwierig, das extrahirende Instrument in die kleine Oeffnung des Rohres zu bringen. Es ist deshalb besser, zu diesem Zweck ein Anästheticum zu geben.

Die Röhren haben verschiedene Grösse, sind oberhalb und unterhalb des der Glottis entsprechenden Punktes verbreitert und sind lang genug, um bis auf $1^1/_2$ Ctm. die Bifurcation der Trachea zu erreichen. Sie sind 10 Tage lang ohne Nachtheil für den Stimmapparat getragen worden. LEFFERTS.

97) **M. P. Hatfield. Catheterismus des Larynx. Ein unglücklich verlaufener Fall bei einem 16 monatlichen Kinde. (Tubage of the larynx. Unsuccessful case in child, sixteen months old.)** *Archives of pediatrics. 15. Nov. 1885.*

Die Erfahrung des Autors ist zwar eine beschränkte, aber sie steht im Einklang mit der der meisten Beobachter, welche über diesen Gegenstand geschrieben haben, d. h. das Procentverhältniss der Heilungen nach dieser Behandlungsmethode ist sehr klein.

Er meint, dass die Einführung des Catheters in den Larynx eines kleinen Kindes, selbst in der Hand eines Sachverständigen, schwierig sei, dass ferner selbst die geschickte Einführung keine Garantie für eine dauernde Besserung bietet. Denn die Gefahren beim Croup beschränken sich nicht allein auf den mechanischen Verschluss des Larynx. LEFFERTS.

98) **A. Köhler** (Berlin). **Fälle von Laryngotomie.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 41. p. 665.*

Vorstellung von 2 Kranken im Charité-Verein, die wegen Stimmbandgeschwülsten mit gutem Erfolg laryngotomirt waren. Gegen die intralaryngeale Methode macht K. geltend, dass dieselbe einen geübten Operateur und einen sehr geübten Patienten voraussetze. In der angeknüpften Discussion giebt Lewin historische Notizen über die Thyreotomie und bemerkt Oberstabsarzt Köhler — A. Köhler ist sein Namensvetter — dass die extralaryngeale Operation leicht und ungefährlich sei. Die Gefahr der Blutung beseitige der hängende Kopf. Durch technisch richtiges Operiren liessen sich Stimmstörungen vermeiden, indem man sich vor Verletzungen der Stimmbänder hüte. Hierbei that er die Aeusserung, die in No. 5 d. Bl., S. 246 redactionell besprochen wurde. B. FRAENKEL.

99) **Dubrueil. Laryngotomia intercricoidea. (Laryngotomie intercricoidienne.)** *Gazette méd. de Montpellier. 17. October 1885. — Concours méd. No. 47. 21. November 1885.*

D. giebt dieser Methode vor der Tracheotomie den Vorzug und wandte sie mit Erfolg bei einem 56jährigen Inviduum mit ausgedehnten Halsvenen und kurzer Trachea an. E. J. MOURE

100) **L. Bonnefous. Die Thyreotomie und ihre Anwendungsweisen. (La thyrotomie et ses applications.)** *Thèse. 1885.* Montpellier. Cristin Serre et Ricome.

Auf Grund eines von Serre durch Thyreotomie erfolgreich operirten Falles von Kehlkopfpapillom und auf Grund mehrerer Thierversuche glaubt sich B. berechtigt, das extralaryngeale Operationsverfahren als in vielen Fällen (Polypen, Carcinom, Fremdkörper, Verengerung und Fractur des Kehlkopfes) indicirt hinzustellen. E. J. MOURE.

101) **Maxwell Ross** (Edinburgh). **Tracheotomie wegen Kehlkopfstenose. (Tracheotomy for laryngeal stenosis.)** *Edinburgh Med. Journal. August 1885.*

Demonstration zweier Patienten, die von Dr. Hunter Mackenzie tracheotomirt worden waren, am 20. Mai 1885 vor der Medico-Chirurgical Society of Edinburgh. Fall 1: Sechsjähriger Knabe. Stenose dunkler Natur (Papillom?) nach Masern. Nach Jahresfrist war es möglich, die Canüle zu entfernen. Die verloren gegangene Stimme kehrte spontan zurück. Fall 2: 18jähriger Jüngling mit Lupus des Gesichts und des Larynx. Knotige Verdickung des letzteren, besonders der Epiglottis. Nach der Operation innerliche Behandlung mit Leberthran. Verbesserung, doch kann die Canüle noch nicht entfernt werden. SEMON

102) **F. W. Hearnden** (Sutton). **Tracheotomie im frühen Kindesalter. (Tracheotomy in children of on early age.)** *Lancet. 17. October 1885.*

Erfolgreiche Tracheotomie, einmal wegen Diphtheritis bei einem 1 Jahr und 10 Monate alten Kinde, einmal wegen Fremdkörpers bei einem 11 monatlichen Kinde. Die recht interessanten statistischen Angaben über die Resultate der Tracheotomie bei ganz kleinen Kindern müssen im Original nachgelesen werden. SEMON.

103) **Castelain** (Lille). **Ueber die Tracheotomie bei Kindern mittelst eines Tenaculums mit getrennten Branchen. (De la trachéotomie chez les enfants à l'aide du ténaculum à lames séparées.)** *Bulletin méd. du Nord. No. 8. 1885.*

C. giebt die Anatomie der vorderen Halsgegend, insofern sie für die verschiedenen Methoden der Tracheotomie von Wichtigkeit ist, erläutert hierauf Vor- und Nachtheile der langsamen (Trousseau) und der schnellen Methoden (Bourdillat, Chassaignac, Saint Germain) und beschreibt das Tenaculum von Langenbeck und das von Parise, die zur Fixirung und zur Erweiterung der Trachea dienen. Sein Instrument ist eine Modification desjenigen von Parise und soll den Vortheil haben, die Trachea und den Larynx auch nach aufwärts zu heben, wodurch ein Eindringen von Blut in die Trachea während der Incision vermieden wird. Das Tenaculum wird nach Durchtrennung der

Weichtheile knapp unter den Ringknorpel oder in dessen Dicke eingeführt und dieser sammt den oberen Trachealringen gespalten. E. J. MOURE.

104) **A. Bocchini** (Spoleto). **Elf Tracheotomien. (Undici tracheotomie.)** *Raccoglitore medico. No. 15. 1885.*

B. hat in 20 Jahren 16 Tracheotomien gemacht, die ersten 5 nach der gewöhnlichen Methode unter vielen durch die Blutung bedingten Schwierigkeiten und mit tödtlichem Ausgang innerhalb 24 Stunden.

Bei den 11 anderen wandte er den Paquelin statt des Messers an und incidirte mit ihm bis auf die Trachea, wodurch meist die Blutung vermieden wurde. Er beschreibt „seine“ Art zu operiren, die einfach in der bekannten Regel besteht, dass man zum Zweck der Hämostase den Paquelin nicht zu stark erglühen lassen darf.

Vor der definitiven Entfernung der ganzen Canüle zieht er erst durch einige Tage 2—3mal die innere Canüle heraus und hält die äussere zu, so dass Patient gezwungen ist, durch das an der Convexität befindliche Fenster und durch den Kehlkopf zu athmen und sich so wieder an die Kehlkopfathmung gewöhnt. — 9 Tracheotomien wurden bei Kindern wegen Croup ausgeführt, 2 bei Erwachsenen einmal wegen typhösen Geschwürs und einmal wegen „symptomatischen Glottisödems“. Ein Erwachsener und 4 Kinder genasen; ein Erwachsener und 5 Kinder starben. KURZ.

105) **Deroye. Aneurysma des Aortenbogens, sich in die Trachea öffnend während der Tracheotomie. (Anévrysme de la crosse aortique ouvert dans la trachée pendant la trachéotomie.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 9. October 1885. Gazette hebdomad. de méd. et de chirur. No. 42. 16. October 1885.*

Vorzeigen des anatomischen Präparates. Die Trachealcanüle hatte wahrscheinlich den Aneurysmasack, der sich in die Trachea vorbauchte, zum Bersten gebracht. E. J. MOURE.

106) **Golding-Bird** (London). **Tracheotomie einige Monate vorher; Schwierigkeiten, die Canüle zu entfernen, schliessliche Genesung. (Tracheotomy of some months' standing; difficulties to the removal of the tube; eventual recovery.)** *Brit. Med. Journal. 24. October 1885.*

Der Verf. berichtet ausführlich den sehr interessanten Fall eines $2^1/_2$jährigen Kindes, welches wegen Croup einige Monate früher tracheotomirt worden war und bei welchem die Entfernung der Canüle grosse Schiwerigkeiten wegen sofort auftretender heftiger Dyspnoë darbot. Diese Dyspnoë war die Folge von a) grosser Angst und Glottiskrampf des Kindes, b) (wie die vorgenommene Dilatation der Tracheotomiewunde zeigte) von Granulationsbildung in der Trachea und leichter Einwärtskippung einiger Trachealknorpel. Das letztgenannte actuelle Hinderniss war aber nicht etwa das einzige, denn auch nach seiner Beseitigung trat bei dem Versuche, die Canüle zu entfernen, die frühere Dyspnoë, wenn auch nicht so stürmisch, wieder auf. Erst nachdem das Kind zwei Tage lang eine weiche Drainageröhre in der Glottis getragen hatte, um die Neigung zu Glottis-

krampf abzustumpfen — dieselbe wurde gut vertragen — und nachdem man es fast 14 Tage dadurch getäuscht hatte, dass man ihm einen blossen Canülenschild (ohne die wirkliche Röhre) vorband, hatte sich die geistige Aufregung soweit gelegt, dass man es wagen konnte, das Kind mit zugeheilter Wunde ohne Furcht vor neuen Glottiskrämpfen zu entlassen.

In einer kurzen epikritischen Bemerkung discutirt der Verfasser einige der gewöhnlicheren Ursachen der „Impossibilité, d'enlever la canule" und bespricht deren Therapie.

Die Mittheilung ist sehr lesenswerth. SEMON.

107) **Martin Backhaus. Trachealstenosen nach Tracheotomie.** Berl. Dissertation. 1885.

Erwähnenswerth daraus sind folgende Fälle, welche im Augusta-Hospital auf der Abtheilung von Prof. E. Küster zur Beobachtung kamen. 1) Entfernung von Granulationen, die am unteren Rande der Wunde sassen, 10 Wochen nach der Tracheotomie bei einem 4jährigen Mädchen, durch erneute Spaltung der Trachea. 2) Prolaps der hinteren Trachealwand 5 Wochen nach der Tracheotomie. Zunächst vergeblicher Versuch, mit der allmäligen Dilatation weiter zu kommen, die schliesslich nach dreimaliger operativer Eröffnung der Trachea vermittelst Metallbolzen, die, zuerst in narcosi, von unten eingeführt wurden, zum Ziele führte. 3) Narbige Stenose bei einem 4jährigen Knaben, die 5 Monate nach der Tracheotomie mittelst Einlegens von Bolzen und Schornsteincanülen geheilt wurde. Die Tracheotomie war wegen acuter Kehlkopfstenose nöthig gewesen und wurden dabei in der Trachea Membranen gefunden, während im Pharynx nur Röthung und Schwellung vorhanden war. B. FRAENKEL.

108) **W. Hale White** (London). **Ulceration der Trachea in Folge von Friction der Canüle. (Ulceration of trachea from friction of tracheotomy tube.)** *London Path. Soc. Trans. Vol. XXXVI. 1885.*

Demonstration des Specimens. An der inneren Oberfläche der Trachea befand sich, ca. $^1/_3$ Zoll unterhalb der Tracheotomiewunde, ein Geschwür von der Grösse eines Sixpencestücks, welches fünf Ringe der Trachea zerstört, aber die äussere fibröse Hülle nicht perforirt hatte. Es war völlig klar, dass dies Geschwür durch Canülenreibung entstanden war. Die Patientin, ein $2^1/_2$jähriges Kind, war erst 10 Tage vor ihrem Tode wegen Diphtheritis tracheotomirt worden und hatte während der ersten sechs Tage nach der Operation eine silberne, während der letzten vier Lebenstage eine Gummicanüle getragen SEMON.

109) **Pughe** (Liverpool). **Ulceration der Trachea und Anonyma nach der Tracheotomie. (Ulceration of the trachea and innominate after tracheotomy.)** *Medical Press and Circular. 2. December 1885.*

Die Tracheotomie war bei einem Kinde wegen Papillome des Kehlkopfs ausgeführt worden. Am 6. Tage nach der Operation wurde statt der bis dahin getragenen metallenen Canüle eine Hartcaoutchouccanüle eingeführt, und am Nach-

mittage desselben Tages erfolgte eine heftige Blutung aus der Wunde, der das Kind erlag. Das der Liverpool Med. Institution am 19. Noxember 1885 vorgelegte Präparat wies die im Titel angegebenen Veränderungen auf. Die Curve der Metallcanüle war zu gross gewesen und hatte zur Ulceration geführt.

SEMON.

110) **Salt and Son** (Birmingham). **Verbesserte Tracheotomiecanüle. (Improved tracheotomy-tube.)** Illustrirt. *Brit. Med. Journal. 3. October 1885.*

Die beiden einzelnen vorspringenden Bügel des Schildes, welche zur Retention der Canüle in situ mittelst der an ihnen befestigten, um den Hals geschlungenen Bänder dienen, und welche sowohl für die Kleidung, als auch für den Verschluss der Canüle mittelst des Fingers beim Sprechen sehr unbequem sind, werden bei der verbesserten Canüle durch einen zum Niederklappen eingerichteten Doppelbügel ersetzt. Hierin besteht die ganze „Verbesserung".

SEMON.

111) **Edward T. Williams. Rippencanüle zum Gebrauch nach der Tracheotomie. (A skeleton tube for use after tracheotomy.)** *Boston Med. Journal. 20. Aug. 1885.*

In seinem allgemeinen Princip ist das Instrument der gewöhnlichen gespaltenen Canüle ähnlich, jedoch einfacher in der Construction. Neu ist dabei die Methode, wie die dünnen Blätter getrennt gehalten werden.

LEFFERTS.

112) **Trolard. Eine mit einer Rinne versehene gebogene Nadel zur Ausführung der Tracheotomie. (Aiguille courbecannelée pour la trachéotomie.)** *Thérapeut. contemporaine. No. 34. 21. August 1885. Nach dem Alger méd. 1885.*

Obige Nadel ist das Tenaculum von Chassaignac, nur dass die Rinne sich an der concaven Seite befindet. — T. empfiehlt, sie in die Trachea unter dem Ringknorpel nach der Durchtrennung der Weichtheile einzustechen und sie tiefer unten in der gewünschten Entfernung, die concave gerinnte Seite nach vorn gerichtet, wieder auszustechen. Die so in der Längsaxe gefasste Trachea wird nach vorn gezogen und ein Bistouri, der Rinne folgend, durchtrennt die Trachea zwischen dem Ein- und Ausstichspunkte.

E. J. MOURE.

113) **G. D. Hersey. Die Nachbehandlung der Tracheotomie. (The after-treatment of tracheotomy.)** *Philadelphia Med. News. 3. Oct. 1885.*

Die ausgezeichnete Abhandlung schliesst die Fälle aus, in denen die Operation wegen Fremdkörper oder wegen Dyspnoe in Folge von Neoplasmen gemacht wurde; sie enthält nur Fälle von Croup. Sie würde daher besser folgenden Titel führen: „Die Behandlung der Diphtherie der Trachea, nachdem man sich durch die Operation Eingang zur unteren Trachealregion verschafft hat."

Die gegebenen Directiven sind practisch, und, obwohl sie sich in allen vollständigen Artikeln über diesen Gegenstand neueren Datums finden, so vertragen sie doch wegen ihrer Wichtigkeit eine Wiederholung. Sie enthalten Anweisungen für die Säuberung und Reinhaltung der Canülen, für den Gebrauch des Dampfspray, für die Abwartung des Patienten, für die Diphtherie der Tracheotomiewunde etc.

LEFFERTS.

114) **Quarry Silcock** (London). **Syphilitische, ulcerirende Tracheitis und Bronchitis. (Syphilitic ulcerative tracheitis and bronchitis.)** *Brit. Medical Journal. 19. December 1886.*

S. zeigte ein Präparat von syphilitischer Tracheal- und Bronchialulceration beim Meeting der Pathol. Society of London am 15. December 1885. Er ist der Meinung, dass das Leiden viel häufiger sei, als gegenwärtig angenommen werde. Die Discussion, an der die Herren Bristowe, Goodhart und Percy Kidd theilnahmen, förderte nichts Besonderes zu Tage. SEMON.

115) **G. Gulliver** (London). **Syphilitische Ulceration und Strictur der Trachea. (Syphilitic ulceration with constriction of trachea.)** *London Path. Soc. Trans. Vol. XXXVI. 1885.*

Das der Path. Society am 17. Februar 1885 vorgelegte Specimen weist eine ringförmige Strictur der Trachea unmittelbar über der Bifurcation, sowie Narben alter Geschwüre im unteren Theil der Trachea und in beiden Bronchien, hauptsächlich dem rechten, auf. Es war aus der Leiche einer 31 jährigen Frau entfernt, die an Bronchitis und Pleuro-Pneumonie zu Grunde gegangen war, und deren Anamnese mit Sicherheit auf 7 Jahre vor dem Tode acquirirte Syphilis hinwies. SEMON.

116) **Kopp. Syphilis der Trachea und der Bronchien. Pneumonia syphilitica.** *Arbeiten aus dem med. klin. Institute zu München. Bd. I. 2. Hälfte.* Leipzig, 1884. Vogel.

Mittheilung zweier Fälle; der eine Fall wurde im Leben richtig diagnosticirt; an der Leiche fanden sich oberhalb der Bifurcationsstelle zwei etwa erbsengrosse Erosionen; unmittelbar über der Theilung eine trichterförmige Verengerung der Trachea, deren Lumen auf die Hälfte eines Hauptbronchus reducirt erscheint; im linken unteren Lungenlappen starke Hepatisation; die einzelnen Lobuli durch reichliches zuweilen schiefrig pigmentirtes, strangförmig angeordnetes Bindegewebe abgetheilt. An den erwähnten Stellen der Trachea derbfaserige Bindegewebsschicht mit reichlicher Einlagerung jugendlicher kleiner Rundzellen; an anderen Orten herrscht die Einlagerung dieser Rundzellen gegenüber dem spärlichen Bindegewebe vor. Alveolarsepta durch Bindegewebseinlagerung verdickt und ebenfalls von kleinen Rundzellen durchsetzt.

In dem zweiten Falle war wegen des hohen Alters des Patienten die ulceröse Zerstörung des linken Stimmbandes und die darunter befindlichen papillären Wucherungen für Carcinom gehalten worden, zumal der Einblick in die Trachea nicht möglich war. Es fanden sich in der Trachea mehrere narbige Geschwüre, ferner ein rundlicher Defect, der den Eingang zu einer etwa taubeneigrossen divertikelartigen Höhle zwischen Hinterfläche der Trachea und Oesophagus bildete, welche 2 Ctm. über der Bifurcation in eine zweite bohnengrosse Communicationsöffnung der Trachea mündete. SCHECH.

117) **Jul. Dreschfeld** (Manchester). **Ueber die syphilitische Strictur der Trachea. (On syphilitic stricture of the trachea.)** *Medical Chronicle. Dec. 1885.*

Sowohl die hereditäre wie die erworbene Syphilis kann die Trachea be-

fallen; die schwersten Läsionen bilden die gummösen Geschwülste und Ulcera. Letztere kommen gewöhnlicher vor und können zu Stenose in Folge von Narbenbildung oder secundärer Perichondritis führen. In einigen Fällen kann auch ein Mediastinalabscess entstehen, oder es kann die Arteria pulmonalis erodirt werden, wenn die Trachealulceration in der Nähe der Bifurcation sitzt und sich von da weiter ausbreitet.

Die Symptome der Trachealsyphilis sind je nach Lage und Ausbreitung der Krankheit verschieden.

Nach Vierling besteht gewöhnlich gleichzeitig eine Erkrankung des Larynx.

Die Zeichen und Symptome der Stenose der Trachea werden ausführlich mitgetheilt und hierauf folgt die Geschichte eines Falles.

Patient, 39 Jahre alt, klagte über Athembeschwerden am 23. Mai 1884, meinte jedoch, dass er früher stets gesund gewesen wäre. Gonorrhoe wurde zugegeben, Syphilis aber in Abrede gestellt. Alle Symptome wiesen auf eine Stenose der Trachea hin. Die Athemgeräusche waren links schwächer als rechts. Der linke Radialpuls war schwächer als der rechte und die sphygmographischen Curven zeigten eine so erhebliche Differenz, dass ein starker Verdacht auf ein Aneurysma berechtigt war. Der Larynx erschien gesund. Auf Grund dieses Verdachtes wurde Jodkalium gegeben. Patient starb jedoch und die Autopsie ergab Bronchopneumonie, Narben in der Leber und eine kleine Verkalkung in ihrem Innern. Daneben bestanden folgende Veränderungen in der Trachea, welche wir mit des Autors eigenen Worten beschreiben wollen: „Als man die Trachea aufschnitt, fand man ein kleines, rundes Geschwür, ungefähr in der Mitte ihres Verlaufes. Die Ränder des Geschwüres waren glatt, der Grund roth und mit feinen Granulationen bedeckt. An der Bifurcation war die Wand der Trachea sehr stark verdickt und auf der Schleimhaut sah man eine grosse schwielige Masse, welche zu einem kleinen Ulcus führte. Der linke Bronchus war in seinem Lumen sehr verengt, so dass kaum eine Krähenfeder ihn passiren konnte. Gerade vor der verengten Partie befand sich eine kleine dilatirte Stelle, da wo sich der Bronchus mit der Trachea vereinigte. Der rechte Bronchus war gleichfalls verengt, jedoch nicht in derselben Ausdehnung wie der linke. Seine Wand war verdickt. Die Schleimhaut war uneben und zeigte Narbengewebe.“ Sowohl die mikroscopische Untersuchung wie die Narben in der Leber liessen an der specifischen Natur der Ulcera und Narben der Trachea keinen Zweifel aufkommen. Da der Tod wahrscheinlich dadurch beschleunigt wurde, dass die Heilung der ulcerirten Schleimhaut eine Verengerung des Tracheallumens herbeiführte, so empfiehlt D. in solchen Fällen, sobald die Diagnose intra vitam gemacht wird, Bougies in die Trachea einzuführen und innerlich Jodkalium zu verabfolgen. M'BRIDE.

118) **G. A. Tait. Plötzlicher Tod in Folge des Durchbruchs abscedirender Bronchialdrüsen in die Trachea. (Sudden death due to rupture of suppurating bronchial glands.** *Brit. Med. Journal. 29. August 1885.*

In den „Redactionellen Anmerkungen“ des B. M. J. vom 29. August wird dieses bemerkenswerthen Falles, der zu einer forensischen Autopsie Anlass gab, kurz gedacht und auf die Wichtigkeit des Leidens wie auf die Schwierigkeit der

Diagnose Nachdruck gelegt. Es handelte sich um ein 12jähriges Mädchen, das an erschwerter und verlängerter Respiration und Fiebererscheinungen litt. Der consultirte Arzt glaubte, dass es sich um einen Fall von gewöhnlicher Laryngitis handle und gab dem Kinde eine Dosis von Ipecacuanha. Fast unmittelbar nachher gerufen, versäumte er leider, dem Rufe Folge zu leisten, da er glaubte, dass die Mutter durch den Beginn des Brechactes in unnöthige Furcht versetzt worden sei. Wie die Autopsie aber zeigte, war die Befürchtung der Mutter nur zu begründet gewesen: das Kind hatte an Tuberculose der Bronchialdrüsen gelitten. Dieselben waren in Eiterung übergegangen, in die Trachea durchgebrochen und hatten den Tod des Kindes zur Folge gehabt. SEMON.

119) **Teissier** und **Favel** (Lyon). **Spontane Perforation der Trachea und des Oesophagus bei einem Tabiker. (Perforation spontanée de la trachée et de l'oesophage chez un ataxique.)** *Annales des mal. de l'oreille. No. 5. Nov. 1885.*

Der Fall betraf einen 53jährigen Mann: Progressive Tabes. Syphilis (?). Amaurose. Incoordination der oberen und unteren Extremitäten. Fehlen des Patellarreflexes. Hautanästhesie. Psychische Störungen. Leichte Albuminurie.

Bei der Obduction fand man ausser den der Ataxie zukommenden Verletzungen des Rückenmarks die Trachea in ihrem unteren Abschnitt erfüllt mit flüssigen Nahrungsbestandtheilen. Im oberen Theil der Trachea, 2 Ctm. unter dem unteren Ringknorpelrande, befand sich eine Perforation, die die Communication zwischen Trachea und Oesophagus herstellte. Während des Lebens hatte sich die Perforation durch kein Symptom verrathen. Sie wird von den Autoren dieses Falles als das Resultat einer Trophoneurose angesehen. E. J. MOURE.

f. Schilddrüse.

120) **H. Schramm. Die chirurgische Behandlung des Kropfes. (O chirurgicznem leczenin wola.)** *Przegl. lekarski. No. 29, 30. 1885.*

Nach einer kurzen Besprechung der Aetiologie des Kropfes wird die Behandlung dieser Erkrankung in grossen Zügen gegeben. Die Jodinjection empfiehlt S. bei Struma parenchymatosa, da ihr Werth bei Struma fibrosa und Struma colloides ein problematischer ist. Die kleine Operation soll streng antiseptisch ausgeführt, die erste Einspritzung muss langsam ausgeführt und nur eine kleine Quantität Jodtinctur injicirt werden. — Bei eintretender Dyspnoe, die sich manchmal nach der Injection entwickelt, leisten Eisumschläge gute Dienste. Angesichts der Möglichkeit eines letalen Ausganges (Lücke, Schmidt) ist Vorsicht bei der Ausführung geboten. Die Punction der Struma colloides, die Incisionen bei Eiterbildung werden in Kurzem besprochen, besondere Aufmerksamkeit der Exstirpation gewidmet. Indicirt ist die Radicaloperation nur dann, wenn andere Heilmethoden versagen, wenn Dyspnoe durch Druck auf die Trachea vorhanden oder die Schilddrüse durch ein malignes Neoplasma degenerirt ist. Nach eigenen Erfahrungen ist S. ein Gegner der totalen Exstirpation, und zwar wegen der drohenden Folgeerscheinungen (Tetanie, Cachexia strumipriva). Nach Angabe der bekannten Symptome dieses Leidens bespricht S. die

Paresen des Kehlkopfes als dritte Complication und berichtet über Vorkommen derselben sogar in Fällen, wo der Recurrens nicht durchschnitten, aber wahrscheinlich lädirt worden ist, vielleicht gereizt durch Einwirkung der Carbolsäure. Bei der Operation, deren Einzelheiten übergangen werden können und wobei S. dringend anräth, den Recurrens aufzusuchen und anatomisch zu präpariren, um Verletzungen desselben zu vermeiden, wird ein Theil des oberen resp. des unteren Lappens der Schilddrüse zurückgelassen, um den schon besprochenen Nachtheilen einer vollkommenen Exstirpation zu entgehen. LUNIN.

121) A. **Britau** (Moskau). **Zur Casuistik der operativen Behandlung der Struma. (K kasuistice operativnawo letschenia soba.)** *Medic. obossen. Bd. XXIII. No. 6.*

Mittheilung dreier operativ behandelter Fälle von Struma. 1. Struma cyst. — einfache Spaltung des Sackes. 2. Struma hyperplast. mit theilweiser colloider Degeneration — Totalexstirpation. 3. Struma hyperplast. — partielle Entfernung. Alle drei mit günstigem Ausgang. LUNIN.

122) C. **Studsgaard** (Kopenhagen). **Ueber Struma. (Om struma.)** *Hospitals-Tidende. p. 701. 29. Juli 1885.*

V. giebt eine Uebersicht von 18 Fällen von Struma, die er in dem „Communehospital" zu Copenhagen behandelt hat. Von diesen 18 handelte es sich bei 14 Patienten um Adenom (theils reines, theils colloides, theils cystisches) bei einem Patienten um Struma cavernosa cystica mit zwei epithelialen carcinomatösen Knoten. Ferner zwei Fälle von Struma cancrosa, partiell operirt bei einem Patienten, inoperabel bei einem anderen.

Von 18 Fällen kamen 2 bei Männern, 16 bei Weibern vor. Die Geschwulst war 9mal total, 7mal rechtsseitig, 2mal linksseitig. Totale Exstirpation wurde bei 4 Patienten gemacht, von diesen bekam einer Cachexia strumipriva. Das grösste Gewicht der exstirpirten Masse war 625 Grm. Die Behandlung dauerte für die 16 Geheilten 16—18 Tage nach der Operation. Ein Patient mit Struma cystica unilocularis wurde incidirt; die Cyste mit Sublimatlösung ausgespült und nachher eine Injection von 6 Grm. Solutio jodi spirituosa gemacht; 8 Tage später geheilt entlassen. Einer von den 18 operirten Patienten starb 5 Tage nachher (Vagus-Pneumonie). SCHMIEGELOW.

123) **Mikulicz. Ueber die Resection des Kropfes nebst Bemerkungen über die Folgezustände der totalen Exstirpation der Schilddrüse.** *Centralblatt f. Chirurgie. No. 51. 1885.*

Wenn auch die Erscheinungen der Cachexia strumipriva noch nicht genügend erklärt sind, so dürfen dieselben doch keineswegs ignorirt werden. Von anderen Folgezuständen der totalen Kropfexstirpation hat man noch einigemale Tetanie, sowie epileptische Anfälle, besonders aber schwere Kehlkopflähmungen beobachtet. Verf. empfiehlt deshalb die Resection des Kropfes gestützt auf acht günstig verlaufende Fälle eigener Beobachtung. Der Kropf wird unter den üblichen Cautelen gegen Blutungen lospräparirt und dann mit Massenligaturen versehen; die Ligaturstümpfe riefen in keinem Falle irgendwelche Reaction hervor,

auch wurde niemals die Stimme alterirt; in einem mit Morb. Basedowii combinirten Falle gingen sogar die Erscheinungen dieser Krankheit zurück. SCHECH.

124) **Weinlechner** (Wien). **Zur Casuistik der Kropfoperationen.** *Wiener medic. Blätter. No 51. 1885.*

I. Kindskopfgrosser, 950 Grm. schwerer Cystenkropf, seit Jahren wiederholt erfolglos mit Jodinjectionen behandelt; Exstirpation wegen Dyspnoë und Blutung mit grosser Schwierigkeit verbunden. — Heilung. Einblick in die Kehlkopfhöhle wegen Empfindlichkeit nicht möglich (v. Schrötter). Kehlkopf nach links verschoben.

II. Strausseigrosser Cysten-Parenchymkropf. Exstirpation. Ligatur der beiden Art. thyreoideae. Ein wallnussgrosser Rest des linken Lappens blieb zurück. Heilung.

III. Tiefsitzender Cystenkropf mit bedeutenden stenotischen Erscheinungen (starke Vorwölbung der linken Trachealwand, v. Schrötter). Spaltung und Vernähung der Haut und des Balgrandes. Blutungen aus an der Innenfläche des Balges wucherndem Kropfparenchym. Heilung. CHIARI.

125) **Rosander** (Stockholm). **Operation bei Struma. (Operation för struma.)** *Svenska Läkare-Sällskapet. Hygiea. p. 15. 1885.*

Verf. theilt einen interessanten Fall von angeborener Struma bei einem zehnjährigen Knaben mit. Schon in dem ersten Lebensjahre war der Hals unterhalb des Kehlkopfs etwas hervorgewölbt. Im 4. Lebensjahre befand sich an der rechten Seite des Halses eine hühnereigrosse Geschwulst, welche sich später allmälig vergrösserte.

Es wurde die Totalexstirpation des Kropfes (in zwei Sitzungen, 7. Januar und 27. Februar, jedesmal die Hälfte) gemacht und Heilung erzielt.

SCHMIEGELOW.

126) **T. F. Chavasse** (Birmingham). **Klinische Bemerkungen über die operative Entfernung der Schilddrüse. (Clinical remarks on the operation of thyroidectomy.)** *Lancet. 18. July 1885.*

Der Autor, welcher in seinem kurzen Vortrage die neueren operativen Vorschläge gar nicht berücksichtigt, kommt nach zwölf persönlichen Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Operation ist bedenklich und sollte nicht leichten Herzens unternommen werden, zumal bei der Unbestimmtheit unserer Kenntnisse über die Function der Drüse. 2. Es ist besser, in einer Sitzung nur einen Lappen zu entfernen, als die Totalexstirpation der Drüse zu versuchen. Wahrscheinlich wird die partielle Entfernung die dringlichen Symptome beseitigen. 3. Existirt eine Drüsenkapsel, so ist dieselbe in der Medianlinie zu eröffnen; man versichere sich definitiv der Drüsenränder, ehe der Kropf entfernt ist; es ist räthlich zuerst den Drüsenabschnitt zu unterbinden, der die Art. thyreoidea sup. enthält, sodann den Isthmus und dann die Drüse in der Richtung von oben nach unten zu entfernen, wobei die Unterbindung des unteren Schilddrüsenwinkels eine der letzten Phasen der Operation bildet. 4. Starke carbolisirte Seidenligatur ist das verlässlichste Material zur Unterbindung der Stümpfe. 5. In jedem Fall ist ein

antiseptischer Verband anzulegen. 6. Der Erfolg der Operation wächst wahrscheinlich mit der Erfahrung des Operateurs. SEMON.

127) **Lagrange** (Bordeaux). **Ueber einen Fall von Thyroidectomie. (Sur un cas de thyroidectomie.)** *Soc de chirurgie de Paris. Juni 1885.*

Die Operation wurde derart vorgenommen, dass die fibröse Kapsel soviel als möglich geschont wurde (procédé d'évidement). Die Operationswunde war wie in allen Fällen dieser Art sehr ausgedehnt und erstreckte sich nach abwärts bis hinter die Incisura jugularis des Brustbeins. Es war daher unmöglich, den unteren Wundabschnitt zu drainiren und es blieb über dem Mediastinum ein trichterförmiger Raum, den man nicht trocken legen konnte.

Um nun der nothwendigerweise eintretenden Stagnation der Wundflüssigkeit zu steuern, nähte L. nach dem Rathe Demon's das untere Segment der fibrösen Hülle an den unteren Winkel des Hautschnittes an (der Hautschnitt war vertical nach abwärts bis zur Incisura jugularis sterni geführt worden). Er bildete so ein fibröses Segel, das von der Trachea gegen das Brustbein hin gespannt war und das Mediastinum bedeckte. Durch diesen künstlichen Behelf wurde das Wundsecret direct nach aussen geführt. Der trichterförmige retrosternale Raum aber, der nur durch das von oben her in ihn sich ergiessende und in demselben sich stauende Secret hätte gefährlich werden können, wurde sorgfältig gewaschen und heilte ohne Zwischenfall zu. L. glaubt, dass die Bildung eines solchen stützenden Segels in vielen Fällen von grossem Nutzen sein könne. E. J. MOURE.

128) **V. Allara. Ueber die Exstirpation der Schilddrüse. (Sull' estirpazione della tiroide.)** *Sperimentale. Fasc. III. 1885*

A. bespricht die bekannten Anschauungen über Cachexia strumipriva, für deren Zustandekommen bei der an Hunden ausgeführten Totalexstirpation er die Verletzung vieler dem Sympathicus angehöriger Nervenstämme verantwortlich macht. Er selbst hat die Exstirpatien bei Hühnern ausgeführt, bei denen sie ungemein leicht zu vollziehen ist. Niemals folgt hier auf die Operation irgend eine krankhafte Erscheinung. Welche auch die Function der Schilddrüse sein möge, so könne sie nicht aus den Resultaten erschlossen worden, die man durch die Totalexstirpation bei Hunden erreiche. KURZ.

129) **Discussion** in der Société méd. neuchâteloise über **Cachexia strumipriva.** *Revue de la suisse romande. No. 10. p. 606. 1885.*

Burkhardt (Présargier) hat bei zwei strumipriven Cretinen, welchem Kocher den Kropf herausgenommen hatte, auffallende Herzschwäche mittelst kymographischer Curven nachgewiesen und glaubt, die physiologische Thätigkeit der Schilddrüse sei eine reflectorische für die Herzaction. Diese Arbeit wird in extenso erscheinen. In der Discussion wird hervorgehoben, dass Burkhardt's Annahme die Cachexia strumipriva nicht erklären könne. Ferner wird ein Fall von vorübergehendem acuten Irrsinn nach Kropfexstirpation erwähnt und Chatelain erzählt von einem merkwürdigen Fall in der Irrenanstalt Présargier, bei welchem die Dementia eines Mannes mit jahrealtem starken Kropfe nach spontanem Schwund dieses letztere ebenfalls vollständig verging. JONQUIÈRE.

g. Oesophagus.

130) **Baréty** (Nizza). **Ueber Auscultation der Oesophagusgeräusche während der Deglutition und über die Veränderungen dieser Geräusche in gewissen pathologischen Zuständen des Thorax. (De l'auscultation des bruits oesophagiens pendant la déglutition et des modifications de ces bruits dans certains états pathologiques thoraciques.)** *Revue de méd. 1884. p. 652—655. — Journal de méd. de chir. et de pharm. Januar 1885.*

Im normalen Zustande erscheinen die Schluck-Geräusche, die durch Auscultation von der Intrascapulargegend wahrnehmbar sind, links von der Wirbelsäule etwas lauter als rechts.

In gewissen pathologischen Zuständen kann nun die Intensität und der Timbre dieser Geräusche Veränderungen erleiden. Der Autor fand, dass tuberculöse Infiltration der Lungenspitzen und Anschwellung der tracheobronchialen Ganglien die Intensität des Schluckgeräusches auf der afficirten oder mehr afficirten Seite vergrössert, während ein pleuraler Erguss den Timbre desselben verändert.

Die Schluckgeräusche verdienten daher mit in die Semiologie der Thoraxgeräusche aufgenommen zu werden.

Bisher fanden sie nur Anwendung bei der Erforschung des Sitzes einer Oesophagusläsion, namentlich einer Strictur.

Natanson (Warschau) scheint der Erste gewesen zu sein, der das Studium der Oesophagusgeräusche für die genauere Bestimmung einer Lungenaffection angeregt hat; er auscultirte aber in der Achselhöhle. E. J. MOURE.

131) **Bertrin. Ueber den Oesophagismus in seinen Beziehungen mit Läsionen des Oesophagus, des Magens und des Darmes. (De l'oesophagisme dans ses rapports avec les lésions de l'oesophage, de l'estomac et de l'intestin.)** *Thèse. No. 232* Paris, 1885. A. Parent.

Nichts von Belang. — Es werden nur 18 diesbezügliche Fälle aus der Literatur zusammengestellt. E. J. MOURE.

132) **W. S. Byrne. Aneurysma (?) des Oesophagus; profuse Blutung; Ligatur der Carotis communis; Genesung. (Aneurysm (?) of oesophagus; profuse haemorrhage; ligature of common carotid artery; recovery.)** *Australasian Med. Gazette. IV. p. 213. 1884—1885.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEMON.

133) **François. Zum Studium der Wunden des Oesophagus. (Contribution à l'étude des plaies de l'oesophage.)** *Thèse. No. 199. Nancy, 1885.*

Ein an der chirurgischen Klinik des Prof. Gross beobachteter Fall bildete den Ausgangspunkt obiger These. Der Fall war folgender: Ein Mann erhielt bei einer Rauferei einen Messerstich in der linken Unterzungenbeingegend. Die Verletzung war nur von einer geringen, leicht stillbaren Blutung begleitet und gab zu keiner Dyspnoe Anlass. Am folgenden Tage aber traten aus der Wunde Speichel und verschluckte Flüssigkeiten aus. Tod am 14. Tage nach der Ver-

letzung in Folge von Nachblutung aus der, wie die Autopsie zeigte, in der Höhe des Querfortsatzes des 6. Halswirbels angestochenen rechten Arteria vertebralis. Das Messer war von links nach rechts zwischen Wirbelsäule und hinterer Oesophaguswand, die eine 12 Mm. lange Wunde darbot, eingedrungen. — Der Verf. stellt aus der Literatur 103 Fälle der verschiedensten Oesophagusverletzungen zusammen, die durch Mord- und Selbstmordversuche, sowie bei Raufereien erzeugt worden waren. An der Hand dieser Fälle giebt er ein Krankheitsbild der Oesophaguswunden. J. E. MOURE.

134) **Walter H. Dodd** (Shirhowy). **Bemerkungen über einen Fall von Fremdkörper im Oesophagus, der Dyspnoë verursachte. (Notes of a case of foreign body in the oesophagus, causing dyspnoea.)** *Lancet. 17. October 1885.*

Bemerkenswerth an dem Falle, den Verf. für ein „Unicum" hält, ist nur die Aufrichtigkeit, mit der er von seinen misslungenen Versuchen erzählt, den anscheinend gerade gegenüber dem Ringknorpel eingekeilten Fremdkörper — ein gekochtes Vogelherz! — zu entfernen, und das Mittel, durch welches ihm dies schliesslich gelang: subcutane Injection einer Brechen erregenden Dosis von Tartarus emeticus in den Vorderarm der Patientin. In 10 Minuten trat Erbrechen ein, und der Fremdkörper wurde, mit sofortiger Erleichterung der Patientin, mit grosser Gewalt herausgeschleudert. — Wie er sich die Athemnoth zu Stande gekommen denkt (eine laryngoscopische Untersuchung wurde nicht angestellt), auf diesen immerhin nicht ganz uninteressanten Punkt geht Verf. nicht ein. SEMON.

135) **Verneuil** (Paris). **Verengerung des Oesophagus. (Rétrécissement de l'oesophage.)** *Gazette des hôpitaux. No. 121. 20. October 1885.*

Vorstellung eines Falles, der eine zweifache Verengerung zeigte. Eine obere, durch Krampf der Muskeln bedingte und eine tiefer unten gelegene organische, über deren Natur in dem kurzen Resumé nichts verlautet. E. J. MOURE.

II. Kritiken und Besprechungen.

a) **A. Gouguenheim** und **M. Lermoyez** (Paris). **Physiologie der Stimme und des Gesangs. Hygieine des Sängers. (Physiologie de la voix et du chant. Hygiène du chanteur.)** Paris. Delahaye et Lecrosnier. 1885.

Die Autoren adressiren sich ausdrücklich nicht an das ärztliche Publikum. Man erwarte daher auch keine Physiologie der Stimme und des Gesanges im engeren Sinne, also mit physiologischen Experimenten und neuen Entdeckungen. Gouguenheim hat nur den Zweck im Auge, die Künstler auf die Klippen aufmerksam zu machen, welche sie beim Beginne ihrer Carrière zu vermeiden haben, und ihnen einige gute Rathschläge und Lehren, unumgänglich für die zu betretende Laufbahn, mitzutheilen. Dieses Programm scheinen mir nun die Autoren ganz gut zur Ausführung gebracht zu haben, und Künstler und Gesanglehrer, welchen ich das Büchlein nur empfehlen kann, werden ihnen ge-

wiss dafür dankbar sein. Auch in der deutschen Literatur ist mir ein derartiges Buch nicht bekannt, welches mit möglichster Berücksichtigung des angesammelten Materials und der verschiedenen diesbezüglichen Theorien sowohl aus der vorlaryngoscopischen als der jetzigen Zeit des Laryngoscops dem Künstler ein ziemlich genaues Bild von dem wissenschaftlichen Theil seines Metiers in so gedrängter Form wiedergiebt. Damit will ich aber nicht sagen, dass die Schrift jener Uebelstände entbehrt, welche in der letzten Sitzung der laryngologischen Section des allgemeinen internationalen Congresses zu Copenhagen für derartige Publikationen als beim Standpunkte unseres heutigen Wissens unvermeidlich erklärt wurden, nämlich dass man dabei viel zu leicht Theorien verbreite, welche absolut noch nicht festgestellt und spruchreif, mehr schaden als nützen könnten. Aber was ist leichter, als auf diesen Pfad zu gerathen, wenn man über ein Thema schreibt, über welches neue Thatsachen selten zu Tage befördert werden, und man doch auch etwas Neues bringen will? Nehmen wir daher ein Paar Theorien unserer Autoren vor, z. B. die von der physiologischen Bedeutung der Morgagnischen Ventrikel, wonach diese als Resonatoren für die höchsten Obertöne dienen sollen, so ist dieselbe trotz aller beigeschleppter, zum grossen Theil wohlbekannter Gründe und Analogien, doch nur pure Hypothese, könnte aber doch bei dem Leserkreis, auf welchen das Werk berechnet ist, als festgestellte Thatsache angesehen werden. Ohne dieser Hypothese jedwede Bedeutung abstreiten zu wollen, finde ich die Thatsache von grösserer Wichtigkeit, auf welche Merkel zuerst aufmerksam gemacht hat (die Autoren scheinen sie nicht zu kennen), dass diese an traubigen Drüsen reichlich versehenen Gebilde dazu dienen, das von jenen abgesonderte schleimige, seröse Secret aufzunehmen und durch die feine Spalte auf die schwingenden Stimmbänder zu entleeren; von der Theorie Joh. Müller's und Malgaigne's will ich ganz absehen!

Aehnlich steht es mit der Theorie von der Fistelstimme, welche zuerst von Vacher aufgestellt wurde und welche Gouguenheim mit der ganzen Macht seiner Beweisführung unterstützt, wie denn auch in ihr die ganze Publikation culminirt. Während nämlich, kurz gesagt, bei der Bruststimme der Larynx ausschliesslich thätig sei und die Hauptaufgabe durchzuführen habe, der Pharynx aber nur eine untergeordnete, passive Rolle spiele, so trete letzterer beim Falsett activ auf und bewirke dadurch, dass er sich krampfhaft zusammenziehe, so dass er gleichsam einen neuen Resonanzraum bilde, während das Gaumensegel sich nach oben wölbe und den Nasenrachenraum vollständig abschliesse, — die verschiedene Klangfarbe des Falsetts, während andererseits die höhere Stimmlage der Fistelstimme dadurch zu Stande komme, dass die Stimmbänder allerdings weniger gespannt sind als bei der Bruststimme und, einen elliptischen Spalt zwischen sich lassend, sich verkürzen und in ihrem hinteren Drittel oder Viertel sich aneinander legen und so die hintere Glottisöffnung vollkommen abschliessen.

An dieser Theorie ist ja gewiss viel Wahres und letzteres ist auch anerkannt, allein bedauernswerth ist, dass dem Autor eine Thatsache unbekannt ist, welche durch die schönen Versuche Oertel's festgestellt worden ist. Indem nämlich Oertel die schwingenden Stimmbänder, wie es bereits Mach und Töpler

an andern schwingenden, tönenden Körpern (Saiten u. s. w.) gethan, im intermittirenden Lichte untersuchte, machte er die interessante Entdeckung, dass bei einem geübten Sänger mit ausgebildetem Falsett die Stimmbänder in ihrer ganzen Breite schwingen, aber nicht als ganze Masse, sondern so, dass sich Schwingungsknoten oder vielmehr sagittale Knotenlinien bildeten, was schon Carl Müller an seinen Membranen beobachtet und theoretisch auf die Stimmbänder übertragen hatte, indem er sagte: „Die Falsett- oder Fisteltöne der menschlichen Stimme entstehen nicht durch Grundschwingung der Stimmbänder, sondern durch Partialschwingung derselben, so dass auf der Oberfläche jeder einzelnen Lippe eine oder mehrere Knotenlinien vorhanden sind.“ Hierdurch aber ist es möglich, dass die der Stimmritze zunächst liegenden Theile der Stimmbänder, obwohl auch die seitlichen Partien oscilliren, sehr rasche Schwingungen machen und den Luftstrom so rasch unterbrechen, als es für die hohen Töne der Fistelstimme nothwendig ist (Grützner).

Diese zwei Beispiele zeigen, glaube ich, zur Genüge, mit welch' grosser Vorsicht man bei einem derartigen Unternehmen zu Werke gehen muss.

Erwähnen will ich noch die Beobachtungen, welche Gouguenheim zur Verwerthung für die Classification der Stimmen gemacht hat. Er fand für den Bass: lange, breite Stimmbänder; einen nach allen Richtungen hin geräumigen Larynx, hauptsächlich im verticalen Durchmesser; also: grosser, hoher Kehlkopf! für den Heldentenor: breite, aber kurze Stimmbänder; weite Kehlkopfshöhle, aber von niedrigem Höhendurchmesser, mehr abgeplattet; mit einem Wort: gedrungener, aber niedriger Kehlkopf; für die Tenorini: kurze dünne Stimmbänder; einen nach allen Richtungen hin kleinen Kehlkopf, den Uebergang zum weiblichen Kehlkopf herstellend.

Aehnliche Verhältnisse, nur bei bedeutend kleinerer Kehlkopfformation, fand er beim Weibe: Contralto: breite und lange Stimmbänder; hoher Larynx. Hoher Sopran: kurze, aber ziemlich breite Stimmbänder; niedrige, aber geräumige Kehlkopfshöhle. Soubrette: dünne, schmächtige Stimmbänder; cylinderförmiger Kehlkopf: kleiner, kindlicher Kehlkopf.

Wie man aus diesen wenigen Andeutungen schon ersehen kann, so hat das Gouguenheim'sche Buch nicht allein für Sänger Interesse, ich möchte es vielmehr gerade den Herren Specialcollegen als eine sehr anziehende Lectüre empfehlen, bei deren Durchmusterung sie auf Verschiedenes aufmerksam gemacht werden, was noch zu erforschen ist und wo noch Lorbeeren zu holen sind.

BAYER (Brüssel).

b) **Gordon Holmes** (London). **Geschichte der Fortschritte der Laryngologie von den frühesten Zeiten bis auf die Gegenwart. (History of the progress of laryngology from the carliest times of the present.)** *Medical Press and Circular. 15. Juli bis 9. September 1885.*

Es ist eine wahre Freude für einen Berichterstatter, der fast nichts als Casuistik und wieder Casuistik zu referiren hat, endlich einmal auf eine Arbeit zu stossen, welche von der grossen Heerstrasse weit abwärts führende, mühevolle Pfade einschlägt und auf einem wenig — viel zu wenig — cultivirten Gebiete schönste Früchte zeitigt. Solch eine Arbeit ist die vorliegende, welche als Motto

den beherzigenswerthen, aber wenig beherzigten Ausspruch Boerhaave's trägt: „Il importe beaucoup de connaitre l'histoire de la science à laquelle on s'attache", und welche als ein äusserst wichtiger Beitrag zur Realisation des erst vor Kurzem in unseren Spalten ausgesprochenen Wunsches (vergl. S. 279 dieses Jahrganges) nach einer Zusammenstellung der Literatur unserer Specialität bezeichnet werden muss.

Freilich behauptet der Verfasser an keiner Stelle seiner Arbeit, dass dieselbe auf alle je erschienenen laryngologischen Arbeiten Bezug nähme; freilich kann ich mir nicht anmassen, irgend ein Urtheil darüber abgeben zu wollen, in wie weit die Arbeit auf absolute Vollständigkeit Anspruch machen darf oder nicht, aber einmal geht aus dem Titel, wie aus dem Inhalt der Holmes'schen Arbeit hervor, dass die ihn leitende Idee weniger darin bestand, jeder einzelnen je erschienenen laryngologischen Arbeit zu gedenken, als vielmehr darin, eine übersichtliche, wohl geordnete Schilderung der Entwicklung unserer Kenntnisse von der Anatomie, Physiologie, Pathologie des Kehlkopfs und Behandlung seiner Krankheiten vom grauesten Alterthum bis zur Gegenwart zu geben; zweitens dürfte eine solche kritisch sichtende Schilderung wohl mit Recht Anspruch auf weit höhere Bedeutung machen können, als eine blosse sich auf Excerpte beschränkende Aufzählung aller je publicirten Arbeiten über Gegenstände von laryngologischem Interesse; und drittens endlich kann ich auf Grund eigener Studien über die Literatur der Nervenphysiologie des Kehlkopfes in der prälaryngoscopischen Periode seit dem Beginn dieses Jahrhunderts bezeugen, dass in dem diese Frage behandelnden Abschnitt des Holmes'schen Werkes nichts Wesentliches ausgelassen und mehreren in der Neuzeit viel zu sehr vernachlässigten Autoren — ich denke speciell an Le Gallois und Reid — der ihrer Bedeutung gebührende Platz in der Geschichte der Laryngologie zugewiesen worden ist. Wenn die anderen Abschnitte der Arbeit ebenso vollständig sind als der eben erwähnte — und es liegt keine Veranlassung vor, hieran zu zweifeln — so ist dieselbe auch in dieser Beziehung als musterhaft zu bezeichnen.

Das Material der Arbeit zerfällt naturgemäss in zwei Epochen: die prälaryngosropische und die laryngoscopische. Die erste Epoche theilt Holmes wiederum in 5 grosse Perioden ein, von denen er die erste von den frühesten Zeiten bis zum Tode des Hippocrates, die zweite von diesem Ereigniss bis zum Tode des Galen, die dritte bis zum Tode des Actuarius, die vierte bis zum Tode Morgagni's und die fünfte bis zur Einführung des Laryngoscops dauern lässt. In schlichter Sprache, vielfach in den Worten der angezogenen Autoren schildert Holmes in diesem Abschnitte jene grossartigen Fortschritte, welche die Laryngologie von den unklaren Vorstellungen der Asclepiaden bis zu dem soliden Wissen, den geistreichen Anschauungen eines Morgagni, Ferrein, Henle, Magendie, Willis, Le Gallois, Marshall Hall, Reid, Claude Bernard, Johannes Müller, Louis, Trousseau und Belloc, Rokitansky, Albers, Horace Green, Ehrmann gemacht hat. Manches liest sich wie ein Roman; Alles ist interessant. Naturgemäss ist der meiste Raum, die grösste Ausführlichkeit der zweiten und fünften Periode gewidmet.

Ich kann mich hier nicht enthalten zu bemerken, dass speciell der letzten, der Zeit vom Tode Morgagni's bis zur Einführung des Laryngoscops meiner Ansicht nach viel zu wenig Beachtung von uns geschenkt wird. Obwohl wir in einer so athemlos schnell arbeitenden Zeit leben, dass, wie ich dies neulich mit stillem Ergötzen las, das Erscheinen eines neuen Werkes ganz ernsthaft damit motivirt werden kann, dass „schon seit sechs Jahren" nichts mehr über den betreffenden Gegenstand veröffentlicht worden *sei*, so heisst es doch von jener Periode wahrlich für uns Laryngologen: „Vixere fortes ante Agamemnona" und diejenigen, welche die genauen Beobachtungen, die scharfsinnigen Schlüsse, die geistreichen Hypothesen vieler der in jener Periode thätig gewesenen Männer kennen, werden einen ganz anderen Massstab an viele gegenwärtig als vollständig neu und hochbedeutsam ausposaunte Bekanntmachungen anlegen, als diejenigen, deren ganzes historisches Wissen sich auf die Kenntniss der modernsten Lehrbücher beschränkt! — Holmes hat sich ein wahrhaftes Verdienst dadurch erworben, dass er ein Geschlecht von Epigonen wieder an die Leistungen ihrer Vorväter erinnert hat. Mit vollem Recht bemerkt er in der Einleitung zur zweiten Epoche, dass diejenigen, welche den Fortschritt der Laryngologie in der prälaryngoscopischen Epoche studirt haben, darauf gefasst sein werden, zu finden, dass der Gebrauch des Laryngoscops, so bedeutsam auch die Einführung dieses Instruments in anderen Beziehungen gewesen ist, doch zu verhältnissmässig wenigen wirklichen Entdeckungen geführt hat.

Die zweite, d. h. die laryngoscopische Epoche wird von Holmes weit kürzer geschildert als die erste, da es, wie er selbst bemerkt, seine Absicht ist, nur solcher Arbeiten zu gedenken, welche den Fortschritt unseres Wissens wirklich gefördert haben. Die Meinungen werden ohne Zweifel darüber auseinandergehen, ob der Verfasser in seiner Auswahl dieser Arbeiten in allen Punkten richtig verfahren ist. Ich selbst muss bekennen, dass ich nicht allen den von ihm erwähnten Arbeiten die Bedeutung einräumen kann, die er ihnen zuschreibt und dass ich die Erwähnung anderer — wie z. B. der Schech'schen und Krause'schen experimentellen Studien — entschieden vermisse. [Vgl. hinsichtlich dieser Frage auch die Briefe der Herren Illingworth und Jabez Hogg in den September- und Octobernummern der Med. Press u. Circular.] Aber dies sind Punkte, in denen Jedermann das Recht der eigenen Meinung hat und meine Kritik trübt nicht im Mindesten meine Anerkennung des grossen Werthes dieser unendlich mühevollen Arbeit — die Bibliographie derselben umfasst nicht weniger als 264 Nummern —, zu deren Resultat ich dem Verfasser aufs Herzlichste Glück wünsche!

Kann eines ihren inneren Werth beeinträchtigen, so ist es die Wahl der Publicationsstelle. Der Verfasser hat eine Art von Selbstmord begangen, indem er das Ergebniss seiner Studien in einem in England wenig verbreiteten, im Ausland so gut wie unbekannten und jedenfalls ganz unzugänglichen Journal veröffentlichte. Dieser Fehler muss entschieden neutralisirt werden: die Holmes'sche Arbeit darf in der Bibliothek keines Laryngologen fehlen!

Ich richte an den Verfasser die directe Bitte, sie in Brochurenform zu veröffentlichen und empfehle jüngeren mit der englischen Sprache vertrauten Laryn-

gologen anderer Sprachkreise dringend, sie zum Nutz und Frommen ihrer nicht englisch lesenden Collegen zu übersetzen. Sie ist von dauernder Bedeutung für die Kenntniss der Geschichte „de la science, à laquelle nous nous sommes attachés"!

FELIX SEMON.

III. Briefkasten.

Necrologe.

Edouard Fournié †.

L. Thaon †.

Der Tod führt fort, unter den Laryngologen Frankreichs seine Ernte abzuhalten. Nachdem im Laufe weniger Jahre Mandl, Krishaber, E. Blanc dahingeschieden sind, ist jetzt wiederum einer der ältesten und bekanntesten französischen Laryngologen, Edouard Fournié, Arzt am Pariser Taubstummen-Institut und Chefredacteur der Revue médicale française et étrangère am 24. März nach langen und schweren Leiden gestorben. Dr. Fournié, der auch vielen Laryngologen anderer Länder durch seine Theilnahme an den Mailänder und Londoner Congressen persönlich bekannt war, betrieb mit Vorliebe physiologische Studien, und sein laryngologisches Hauptwerk war die „Physiologie de la voix et de la parole". Ausserdem hat er mehrere kleinere Beiträge zur laryngologischen Literatur geliefert. —

Auch Dr. Thaon, einer der bekanntesten Aerzte Nizza's, der von grossem Interesse für die Laryngologie beseelt und selbst literarisch auf diesem Gebiete thätig war, ist, wie wir dem Progrès médical entnehmen, am 26. März im Alter von nur 40 Jahren dahingeschieden.

Aerztlicher Heroismus.

Im Laufe des März fand die feierliche Ueberreichung der silbernen Medaille des Kapitels des Jerusalemer Johanniterordens an Dr. E. C. Thompson, Arzt an dem Tyrone-Krankenhaus in Omagh, durch die Prinzessin Eduard von Sachsen-Weimar, die Gattin des Höchstkommandirenden in Irland statt. Dr. Thompson hatte in einem Falle von bösartiger Kehlkopf-Diphtheritis nach Vornahme der Tracheotomie die Pseudomembranen aus der Wunde mit seinem Munde ausgesaugt und dadurch das Leben des Kindes gerettet.

Zur Gründung einer „Deutschen laryngologischen Gesellschaft".

Ein „γέρανος" unterzeichneter und in der Deutschen med. Wochenschrift vom 25. März 1886 publicirter Artikel schliesst sich den Ausführungen des Leitartikels unserer Januar-Nummer vollinhaltlich an.

Ein neues laryngologisches Journal.

Da das bereits bestehende spanische Specialjournal für Kehlkopfkrankheiten (Revista de Laringologia, Otologia y Rhinologia) anscheinend für die Bedürfnisse Spanien's nicht ausreichte, so ist soeben ein neues (Gaceta de ophthalmologia, otologia y laryngologia) gegründet worden. Die Anzahl der in spanischer Sprache im Laufe des Jahres 1885 veröffentlichten laryngologischen und rhinologischen Arbeiten beträgt, genau gezählt, sechsundzwanzig! —

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

ahrgang II. Berlin, Juni. 1886. No. 12.

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1885.

Entsprechend der in der Februar-Nummer des ersten Jahrgangs gegebenen tatistischen Uebersicht über die laryngo-rhinologischen Leistungen des Jahres 884 geben wir in den unten folgenden beiden Tabellen zuerst ein Resumé der n den letzten 6 Monaten des Jahres 1885 veröffentlichten, einschlägigen Publiationen, sodann ein Gesammtbild der laryngo-rhinologischen Literatur des verossenen Jahres. Zu beiden Tabellen ist zu bemerken, dass ausser den in ihnen ufgezählten Arbeiten noch etwa 60 Referate über im Laufe der Monate Juli-)ecember 1885 erschienene Publicationen theils erst nach Abschluss der Tabellen ingetroffen sind, theils noch ausstehen, so dass, wenn wir zu diesen 60 die rösseren Arbeiten rechnen, denen specielle Besprechungen gewidmet, sowie dieenigen, welche bei den Sitzungen verschiedener Congresse zum Vortrage gekomnen und unseren Lesern in zusammenhängenden Berichten mitgetheilt worden ind, die Gesammtzahl aller laryngo-rhinologischen Publicationen des Jahres 1885 um mindesten auf 1300 veranschlagt werden muss! —

Wir enthalten uns für den Augenblick aller Reflexionen über dieses Ergebniss und erneuern nur angesichts desselben unsere dringende Bitte an alle Autoren, welche ihre Arbeiten besprochen und nicht mit einem „dem Referenten nicht ugänglich" abgethan zu sehen wünschen, um Zusendung von Separatabdrücken, Exemplaren der betreffenden Zeitungs-Nummern etc. an die betreffenden Referenten! — Es kann unseren Mitarbeitern, von welchen einzelne 200—250 Referate jährlich zu erledigen haben (s. die zweite unten folgende Tabelle), nicht zugemuthet werden, sich jedesmal brieflich an die Autoren ihnen nicht zugänglicher Arbeiten mit der Bitte um Separatabdrücke zu wenden. Liegt den Herren Autoren, welche Arbeiten in Brochurenform oder in kleineren Journalen publiciren, daran, ihre Veröffentlichungen in dem Centralblatt analysirt zu sehen, so müssen sie sich die kleine Mühe nehmen, dieselben den betreffenden Referenten zugänglich zu machen. Und ebenso müssen wir die Verfasser grösserer Werke, resp. die Verlagshandlungen ersuchen, mindestens ein Exemplar des betreffenden Buches an die Redaction des Centralblattes gelangen zu lassen. Wir können von den Herren, an welche wir die Bitte richten, honoris causa solche grösseren Werke zu besprechen, in der That nicht verlangen, dass sie dieselben ad hoc auch noch kaufen sollen, und ebensowenig ist das Blatt selbst in der Lage, ein

Exemplar jeder grösseren einschlägigen Publication zu diesem Zwecke anzuschaffen. — Es wäre bedauerlich, wenn aus einem so materiellen Grunde in manchen Fällen die Besprechung wichtigerer Arbeiten unterbleiben müsste: die Entscheidung hierüber aber liegt in der Hand der Autoren selbst! —

Tabelle I.

Die laryngo-rhinologische Literatur in den letzten sechs Monaten des Jahres 1885.

Länder.	Allgemeines.	Nase.	Rachen.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Frankreich	20	11	41	18	39	8	15	152
Grossbritannien und Colonien	14	18	31	12	40	9	8	132
Deutschland	19	27	26	8	30	4	4	118
Nordamerika	11	33	21	18	25	3	3	114
Oesterreich	10	7	4	3	6	1	2	33
Italien	3	5	3	4	12	3	1	31
Russland	4	3	4	1	12	2	3	29
Belgien und Holland	1	3	6	5	3	1	1	20
Schweden, Norwegen, Dänemark	—	—	5	4	1	2	5	17
Spanien	1	—	1	1	8	—	—	11
Schweiz	2	—	1	1	1	3	—	8
Polen	—	4	—	1	1	1	1	8
Zusammen	85	111	143	76	178	37	43	673

Tabelle II.

Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1885.

Länder.	Allgemeines.	Nase.	Rachen.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	25	60	41	58	50	10	8	252
Grossbritannien und Colonien	34	42	49	16	66	22	19	248
Frankreich	27	23	59	29	59	11	25	233
Deutschland	44	47	40	19	54	13	6	223
Oesterreich	17	11	8	5	11	4	3	59
Italien	6	8	5	8	22	7	2	58
Russland	6	3	5	2	19	4	3	42
Belgien und Holland	3	4	9	6	8	1	1	32
Schweden, Norwegen, Dänemark	3	—	7	5	4	4	5	28
Schweiz	3	1	1	1	4	5	—	15
Spanien	2	—	1	1	9	—	—	13
Polen	1	6	—	1	1	1	1	1[illegible]
Zusammen	171	205	225	151	307	82	73	121[illegible]

II. Referate.

a. Therapeutisches.

1) **Campardon. Allgemeines Studium über die Anwendung des Cocaïns. (Etude générale sur l'emploi de la cocaïne.)** *Soc. de méd. pratique de Paris. 19. Nov. 1885.*

Bei Gelegenheit der Ueberreichung obiger Arbeit bemerkt Brochin, dass nach Operation einer Ranula mit vorhergegangener Cocaïnisirung des Operationsfeldes vollständige und dauernde Anästhesie der betreffenden Zungenhälfte aufgetreten sei. Er schreibt diese Anästhesie dem Cocaïn zu.

Gillet de Grondmont meint dagegen mit mehreren anderen Mitgliedern, dass sie der Durchschneidung einiger Nervenfasern während der Operation zuzuschreiben sei.

E. J. MOURE.

2) **Schech. Das Cocaïn und seine therapeutische Verwendung bei den Krankheiten des Rachens, der Nase und des Kehlkopfes.** *Münchener med. Wochenschr. No. 51. 1885.*

Zusammenfassende Mittheilung der Erfahrungen des Verf., welche mit jenen anderer Beobachter übereinstimmen. Nicht bewährt hat sich das Mittel bei den höheren Graden phlegmonöser Angina und Peritonsillitis, ebenso auch in einzelnen Fällen von Parästhesie der Rachenorgane. Palliativ vorzüglich wirkt das Cocaïn bei acuter und chronischer Rhinitis mit Schwellung des cavernösen Gewebes. Im Kehlkopfe liess einige Male selbst eine 20proc. Lösung im Stiche; auch constatirte Verf. einige Male bei wiederholter Anwendung des Cocaïns bei denselben Personen eine rasch zunehmende Gewöhnung resp. geringere Wirksamkeit. Vergiftungserscheinungen, wie sie von Bresgen und Heymann beschrieben wurden, hat Verf. trotz täglicher Anwendung nicht gesehen; ein einziger Kranker, der sich vor dem Schlafengehen die Nase mit einer 10proc. Lösung instillirte, klagte über Schlaflosigkeit. Zu den Versuchen diente theils das Präparat von Merck, theils das von Böhringer und Söhne in Mannheim; ein Unterschied in der Güte der beiden Droguen konnte vom Verf. nicht eruirt werden.

AUTOREFERAT.

3) **Prior** (Bonn). **Ueber die Anwendung des Cocaïn bei den verschiedenen Erkrankungen der obersten Luftwege.** *Wiener med. Zeitung. No. 43 u. 46. 1885.*

P. hebt zunächst den Werth der Cocaïnbepinselung bei Schlingschmerzen, und als Mittel gegen Hyperämie und einfache Reizzustände in Nase, Rachen und Kehlkopf hervor, und empfiehlt sie dann besonders gegen Keuchhusten. 3 mal des Tages wird der Kehlkopf mit 20proc. Cocaïnlösung mittelst eines Schwammes bepinselt; dadurch werden die Anfälle leichter uud seltener, und wahrscheinlich auch die Krankheitsdauer kürzer. Natürlich ist dieses Verfahren nur bei älteren Kindern anwendbar.

CHIARI.

4) **M. Fronstein** (Moskau). **Cocaïnum mur. bei Erkrankungen des Halses, der Ohren und der Nase. (Cocaïnum mur. w gorlowoi, uschnoi i nosowoi praktike.)** *Russ. med. No. 6 u. 7. 1885.*

F. hat das Cocaïn nur in etwa 50 Fällen versucht und ist der Ansicht, dass die Bedeutung des Mittels zu sehr übertrieben wird. Seine Erfahrungen lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. als Palliativmittel bei acutem Schnupfen der Kinder;
2. als Palliativmittel bei Kehlkopftuberculosis mit Empfindlichkeit beim Schlucken;
3. in seltenen Fällen bei oberflächlichen Cauterisationen im Halse und in der Nase, um die allzugrosse Empfindlichkeit mancher Pat. herabzusetzen.

Bei tieferen Cauterisationen resp. Schnitten hilft das Cocaïn nichts und bei acuten Erkrankungen des Ohres und der Nase ist die Wirkung eine zu sehr vorübergehende und zu schwache, so dass es die anderen Mittel nicht ersetzen kann.

LUNIN.

5) **A. Fasano** (Neapel). **Cocaïn als Anästheticum für Nase und Ohr. (La cocaina e suo uso come anestetico ed analgesico nel naso e nell' orecchio.)** *Archivio internazionale di otojatria, rinojatria ed aeroterapia. Fasc. I. 1885.*

F. empfiehlt (hauptsächlich auf Grund der Resultate von Baratoux) das Cocaïn zur Anästhesie bei Entfernung von Tumoren der Nasenhöhle und bei Aetzungen; ferner hebt er die günstige Wirkung des Mittels bei Schnupfen, Tonsillitis, acutem Rachenkatarrh hervor. KURZ.

6) **Jos. Herzog. Das Cocaïn bei Nasen- und Halskrankheiten.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 6 u. 7. 1885.*

Nach Bepinselung der Nasenschleimhaut mit einer 5proc. Cocaïnlösung retrahirt sich dieselbe, besonders das cavernöse Gewebe derart, dass die Nasengänge viel weiter erscheinen und ein Durchblick in den Nasenrachenraum ermöglicht wird; hypertrophische Partien retrahiren sich nicht, können deshalb leichter gesehen und in ihrer Ausdehnung begrenzt werden. Das Cocaïn ist deshalb auch in diagnostischer Beziehung zur Eruirung krankhafter Processe in der Tiefe der Nase und an verborgenen Stellen sehr werthvoll. In therapeutischer Hinsicht bewährt es sich auch besonders bei acuter Laryngitis zur Hebung des Hustenreizes, ferner bei den verschiedenen Sensibilitätsneurosen des Rachens, bei acuter Rhinitis, deren Verlauf abgekürzt und deren Heftigkeit gemildert wird, bei chronischer Rhinitis und Reflexneurosen. Die Wirkung des Cocaïn ist bei verschiedenen Personen eine sehr verschiedene, d. h. individuelle, auch sah einmal Verf. gar keine Verminderung der Reflexthätigkeit, sondern vielmehr Congestionen zum Kopfe auftreten. SCHECH.

7) **Leonard Dessar** (New-York). **Cocaïn und seine Anwendung im Larynx, Pharynx und in der Nase.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 50 u. 51. 1885.*

Wiedergabe fleissiger, auf der Gerhardt'schen Klinik in Würzburg angestellter Versuche über die physiologische Wirkung und die praktische An-

wendung des Cocaïn, die die bekannten Wirkungen dieses Mittels bestätigen und aus denen Folgendes hervorgehoben zu werden verdient. Verf. hat mehrmals ohne Schaden 50—60 Tropfen einer 10proc. Lösung zu sich genommen. Mit 5proc. Lösung liess sich keine Anästhesie des Kehlkopfes erzeugen. Cocaïnpinselung verhindert auch den bei Einführung von Electroden entstehenden Reflex, selbst wenn man einen ziemlich starken Strom anwendet, und erleichtert die Anwendung der Schlundsonde.

B. FRAENKEL.

8) **Dujardin-Beaumetz. Ueber locale Anesthetica. (Des anesthésiques locaux.)** *Bulletin général de thérapeutique. 30. December 1885.*

Der Artikel bespricht die Wirkung des Cocaïns. — Nichts von Belang.

E. J. MOURE.

9) **Gutt** (Wien). **Ueber die verschiedenen Cocaïnpräparate und deren Wirkung.** *Wiener med. Presse. No. 32. 1885.*

G. empfiehlt besonders das salzsaure Cocaïn von der Firma Parke, Davis & Co. in Detroit, welches ebenso wirksam wie das Merk'sche, leichter löslich und rein weiss ist. Auch das Cocaïnum citricum, salicylicum und oleinicum (letzteres für äusserliche Anwendung) soll sehr haltbar und verlässlich sein. Endlich sind die Parke'schen Cocaïnpräparate billiger als die Merk'schen.

CHIARI.

10) **Rosenfeld** (Stuttgart). **Ueber Cocaïnum muriaticum.** *Württemberger medicin. Correspondenzblatt. No. 2. 1885.*

Mittheilung eigener Erfahrungen, welche grösstentheils die Anderer bestätigen; Verf. benutzt bei Kindern nur 2proc. Lösungen, bei Erwachsenen 2—10proc.; er applicirt dieselben mit dem Pinsel und verwirft die Spritze, da man mit der letzteren nicht so viel Schleimhaut treffen könne. Am Schlusse das Aufsatzes eine genaue Zusammenstellung aller Erfahrungen über Coca und seine innere Anwendung.

SCHECH.

11) **Beschorner** (Dresden). **Subcutane Injectionen von Cocaïn. salicyl. bei Asthma und nervösem Husten.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1885.*

Bei zwei Asthmakranken hörten die Erscheinungen sofort auf durch Injektion von 0,04 Coc. salicyl.; unangenehme Nebenerscheinungen waren nicht vorhanden; ebenso konnte eine mit nervösem Husten behaftete Dame sofort durch eine solche Injection beruhigt werden; ohne Cocaïn bewahrte der Husten seinen früheren heftigen Charakter: Bepinselungen des Larynxinneren hatten nur eine sehr kurzdauernde Wirkung.

SCHECH.

12) **J. Prior** (Bonn). **Die Behandlung des Keuchhustens mit Cocaïn, nebst Mittheilungen über die Cocaïntherapie bei Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 44, 45, 46. 1885.*

Um eine anästhesirende Wirkung innerhalb 2 — 4 Minuten regelmässig zu erhalten reicht nach Pr. für den Pharynx eine 10—15proc., für den Larynx in den reizbarsten Fällen eine 15—20proc. Lösung von Cocaïnum muriaticum aus; zur Analgesie der Nase und des Pharynx genügt eine 2—4proc., des Kehlkopfs

eine 5—8proc. Lösung. Cocaïn erwies sich sehr nützlich: 1. bei acuten Erkrankungen des Pharynx zur Schmerzstillung, die das Schlucken ermöglicht, zur Beseitigung der Hyperämie. Pinselt man vor der Tonsillotomie eine Tonsille mit Cocaïn, so erscheint dieselbe auf der Schnittfläche blutleerer, als die nicht gepinselte. 2. bei chronischen Erkrankungen des Pharynx: zur Beseitigung der subjectiven Beschwerden, sowie des ausgelösten Krampfhustens, bei Eröffnung eines Retropharyngealabscesses. 3. im Larynx. Nach Bepinselungen des Rachens benutzt Pr. — event. nach vorheriger Benetzung der Schleimhaut mittelst Spray und einer 5proc. Lösung — den Schwamm, weil mit diesem Instrument eine grössere Fläche angefeuchtet werde. a) Bei acuter Laryngitis — der Hustenreiz verschwindet. b) Bei tuberculösen Ulcerationen. c) Zur mechanischen Dehnung syphilitischer Narben. 4. Am ausführlichsten beschäftigt sich Pr. mit der Behandlung der Tussis convulsiva. Die lange Einleitung der Arbeit gilt der Theorie dieser Krankheit und der Entstehung des Hustens im Allgemeinen. Mehrere Krankengeschichten werden mitgetheilt, um die gezogenen Schlüsse zu illustriren. Schon Bepinselungen des Pharynx erleichtern den Verlauf. Mehr noch thun dies Bepinselungen des Larynx. Um die untere Fläche der Stimmbänder zu treffen, verwendet Pr. einen Schwamm, dessen längster Durchmesser quer zur Pinselstange steht. Mit diesem geht man durch die vorher anästhesirten Stimmbänder hindurch, macht eine Wendung und lässt nun phoniren. Es stellte sich heraus, dass 2—3 malige Einpinselung des Pharynx und Larynx mit Cocaïn sowohl die Heftigkeit wie die Häufigkeit der Anfälle verringern, auch den Verlauf abzukürzen scheinen.

B. FRAENKEL.

13) **M. Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Vergiftungserscheinungen nach Cocaïnisirung der Nase.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 46. S. 794. 1885.*

Bresgen beobachtete an sich und seiner Frau nach Einpinselung einer Lösung von 1 Cocain Merck in 5 Alcohol Vergiftungserscheinungen. Er berechnet, dass er bei sich innerhalb einer Stunde 0,048, bei seiner Frau in kürzerer Zeit 0,032 Cocain verpinselte. Danach stellten sich bis zum anderen Tage dauernde Intoxicationserscheinungen, bei Frau Bresgen stärker und länger dauernd, wie bei dem Verf., ein; und zwar: Kältegefühl, Uebelkeitsgefühl im Halse. Starres Auge, verlorener Blick. Denkvermögen sehr reducirt, Sprache erschwert. Schlaflosigkeit. Unsicherer Gang. Widerwillen gegen Essen. Verf. glaubt, dass ein Theil des Cocains in den Pharynx geflossen und verschluckt worden sei, und hierdurch also vielleicht nach 0,024 resp. 0,016 intern genommenem Cocain die Vergiftungserscheinungen eingetreten seien. B. FRAENKEL.

14) **P. Heymann** (Berlin). **Ueber Intoxication durch Cocaïn.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 48. S. 795. 1885.*

In der Berl. med. Gesellsch. berichtete H. über Intoxicationserscheinungen, die bei einem $9^1/_2$jährigen Knaben nach Einpinselung von 1 Gramm Cocain in 5,0 Aq. in den Pharynx und Larynx eingetreten waren. Der Knabe hatte Papillome des Larynx, war aber sonst ganz gesund. Die Erscheinungen waren: Schwankender Gang, fehlendes Hungergefühl, Puls 100 voll und kräftig, Respiration 30, Temperatur 38,2. Mangelnder Schlaf. Der Zustand dauerte über 5 Stunden und ging ohne jede üble Folge vorüber.

In der angeschlossenen Discussion berichtet Litten über die subcutane Anwendung des Cocains, bei der man gut thue, mit Dosen unter 0,1 zu beginnen. Sie mache unter Anderem Trockenheit im Schlunde und könne gegen Salivation verwendet werden. Böcker, der in drei Fällen nach Cocainpinselung des Rachens Kitzelgefühl und krampfhaften Ructus auftreten sah, benetzt in Folge dessen nur noch die Rückseite des Spiegels mit einer 20proc. Lösung und berührt mit der in dieselbe Lösung getauchten Sonde 6 bis 7 mal den Kehldeckel, um Anästhesie hervorzurufen. B. FRAENKEL.

15) F. de Havilland Hall (London). **Kehlkopfkrampf, verursacht durch Cocaïnspray. (Laryngeal spasm caused by cocaïne spray.)** *Lancet. 21. Nov. 1885.*

Vor einer Nasenpolypenoperation applicirte H. einen 10proc. Cocainspray bei einer neurotischen 56jährigen Dame. Eine gewisse Quantität der Flüssigkeit gelangte in den Hals. Nach wenigen Minuten wurde die Patientin unruhig, heftige Athemnoth stellte sich ein, ihr Gesicht wurde aschbleich, die Hände waren kalt, der Puls klein und frequent, die Inspiration von geräuschvollem Stridor begleitet. Hall diagnosticirte Krampf der Stimmbandadductoren und hob denselben durch Chloroforminhalation. Erst nach vier Stunden aber hatte sich die Patientin genügend erholt, um sein Haus verlassen zu können.

SEMON.

16) A. Rosenberg (Berlin). **Das Menthol, ein Ersatz des Cocaïn zur Erzeugung localer Anästhesie in Nase und Pharynx.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 28. S. 449. 1885.*

Verf. hat auf die bei Cocainisirung der Nase ihm von den betreffenden Patienten häufig gemachte Aeusserung hin, dass das Cocain ein Kältegefühl hervorriefe, andere Kältegefühl erzeugende Anästhetica zum Zweck der Anästhesirung der Nasen- und Rachenschleimhaut versucht. So beobachtete er geringe Herabsetzung der Sensibilität und Abschwellung der Nasenmuscheln nach Anwendung von Aether. Eine intensivere Wirkung erzielte er mit Menthol, das er in ätherischer Lösung, später in alcoholischer und zuletzt fast ausschliesslich in öliger Lösung applicirte. Anfänglich trat ein etwas brennender Schmerz ein — bei öliger Lösung ist er weit geringer —, der bei tiefer Inspiration bald einem angenehmen Kältegefühl Platz macht.

Verf. empfiehlt für die Anästhesirung der Nasenschleimhaut eine 20—30proc., für die des Pharynx eine 50proc. Lösung; die Anästhesie währt 2—5 Minuten. Das Menthol eignet sich für

1. a) probatorische Nasenpinselung (ob Reflexneurose vorhanden oder nicht),
   b) operative Zwecke — Operation schmerzlos oder weniger schmerzhaft;
2. a) probatorische Pharynxpinselung,
   b) operative Zwecke,
   c) Erleichterung der laryngoscopischen Untersuchung.

Verf. benutzte zu seinen Versuchen das Material der Poliklinik des Ref., an der er Assistent ist, so dass Ref. aus eigener Anschauung seine Resultate bestätigen kann. B. FRAENKEL.

17) **Prosser James** (London). **Substitute für Cocaïn. (Substitutes for cocaine.)** *Lancet. 4. July 1885.*

Der Autor empfiehlt Natrium salicylicum und Natrium benzoicum unter Erwärmung in doppelten Theilen Wassers gelöst zur localen Application behufs Herabsetzung der Empfindlichkeit u. a. auch auf die Schleimhäute des Halses und der Nase. Er hat in manchen Fällen gute, in anderen weniger befriedigende Resultate erzielt und giebt selbst an, dass die Substitute weder an Schnelligkeit noch an Intensität der Wirkung dem Cocain gleichkommen. SEMON.

18) **A. Schwanebach** (Petersburg). **Die Chromsäure als Aetzmittel in der Nase und im Rachen.** *Petersburger med. Wochenschrift. No. 49. 1885.*

S. hat von der Chromsäure als Causticum in der Nase und dem Pharynx resp. Nasenrachenraum ziemlich ausgedehnten Gebrauch gemacht. Zur bequemeren Application dieses Mittels liess S. sich drei verschiedene Formen von Sonden aufertigen, an die sich die Chromsäure bald am Ende, bald an einer Seite bequem anschmelzen lässt. Die betreffende Stelle wird vor und nach der Aetzung mit einem mit Sodalösung getränkten Wattebausch betupft. Nach S.'s Erfahrungen bedarf eine geschwellte Concha einer, höchstens zweier Aetzungen, ein Granulum der hinteren Rachenwand einer, eine Pharyngitis lateralis bis drei Aetzungen, um radical zerstört zu werden. Auch kleine, hoch oben in der Nase sitzende, polypöse Excrescenzen und Polypen können mit Chromsäure in mehreren Sitzungen weggeätzt werden. Will man den oft recht heftigen Schmerz verringern, so cocainisire man vorher. Nur einmal hat S. nach einer Chromsäure-Aetzung in der Nase Erbrechen beobachtet. Bei der „Hack'schen Rhinitis", die S. gerne Rhinitis cavernosa nennen möchte, besteht die einzige rationelle Therapie in einer radicalen Zerstörung der geschwellten Partie. Fast in allen Fällen dieser Rhinitis fand S. auch den Nasenrachenraum in Mitleidenschaft gezogen. Diese letzte Affection versucht S. erst mit Jodglycerin zu beseitigen und macht sich erst dann an die Zerstörung der Schwellungen der Concha.

S. macht darauf aufmerksam, dass Patienten, die seit langer Zeit nur mit Anstrengung durch die Nase athmen konnten, nach der Operation, wo die Nase normal durchgängig geworden, sich beklagen, sie bekämen zu wenig Luft in die Lunge, oder in der freien Luft friere die Nase inwendig. Doch diese Klagen hören bald von selbst auf. Am Schlusse des Artikels sind 7 Krankengeschichten angeführt, wo durch Aetzungen in der Nase resp. im Rachen Patienten von Ohrensausen, Kopfschmerzen, Migräne, Husten etc. befreit wurden. LUNIN.

19) **E. Jellinek** (Wien). **Ueber Milchsäurebehandlung im Kehlkopfe, Rachen u[illegible] in der Nase.** Wiener med. Professoren-Collegium. Sitzung vom 9. November 18[illegible]

Bei tuberculösen Geschwüren des Kehlkopfes hatte J. sehr gute Erfol[illegible] wenn dieselben frisch, klein und oberflächlich waren; bei ausgedehnten Ulce[illegible] tionen hat er auch oft nach dreimonatlicher Behandlung keine Heilung erzi[illegible] Bei succulenten Infiltrationen tritt schnell, bei derben aber nur langsam Schw[illegible] der Infiltrate ein. Die gesunde Schleimhaut wird niemals verschorft. Eine g[illegible]n-gränöse Laryngitis heilte er in drei Wochen, Pharyngitis granulosa in circa [illegible]

Wochen, ebenso eine Pharyngitis lateralis. In der Nase muss die Milchsäure längere Zeit einwirken, und zwar in Form von damit getränkten Tampons, welche eine Stunde liegen bleiben; bei der Rhinitis scrophulosa sicca wurde die Borkenbildung verlangsamt und hörte bald auf; bei der Rhinitis hypertrophica schwollen die Schleimhautpartien ab. Der üble Geruch schwindet bald. Schliesslich empfiehlt J. die Milchsäure in starken Concentrationen gegen Diphtherie.

Schnitzler hat nicht so günstige Erfahrungen mit Milchsäure bei Tuberculose gemacht; dagegen leistete ihm das Jodoform mit gebranntem Kaffeepulver gemischt viel bessere Dienste. Jellinek hält seine Ausführungen aufrecht und weist noch besonders darauf hin, dass es ihm gelang, bei einer wegen Schwellungen im Larynx tracheotomirten tuberculösen Frau in 20 Tagen durch Milchsäurebehandlung den Larynx so durchgängig zu machen, dass die Canüle entfernt werden konnte. Schnitzler führt einen Fall an, wo dasselbe gelang, aber unter Jodoformbehandlung, und macht noch auf das Jodol aufmerksam, welches er jetzt in Anwendung zieht. CHIARI.

20) **V. Lange** (Kopenhagen). **Ueber Aluminium acetico-tartaricum und Aluminium acetico-glycerinatum siccum bei Affectionen der Nase, des Nasenrachenraumes und des Larynx.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1885.*

Verf. versuchte nach der Empfehlung Schäffer's beide Mittel an einer grossen Anzahl von Kranken. Das Alum. acetico-tartar. ist 5mal so stark als das Alum. acetico-glycerin. siccum, das übrigens auch im Preise höher steht. Das erstere wird in Pulverform applicirt bei allen mit Borkenbildung einhergehenden Krankheiten der Schleimhäute des oberen Respirationstractus, namentlich bei Ozaena, wo es zweimal wöchentlich insufflirt wird. Zur Ausspülung der Nase genügt ein Theelöffel voll einer 20—25proc. Lösung auf einen Liter Wasser. Das Alum. acetico-glycerin. siccum leistet bei Kehlkopfgeschwüren in Pulverform mehr als Bor und Jodoform. Beide Mittel in 10—25proc. Stärke benutzte Verf. auch bei chronischen Mittelohreiterungen; die Wirkung des Alum. acetico-tartar. ist hier ähnlich wie jene von Bleilösungen und fordert zur Vorsicht auf; der profuse Ausfluss wird sehr rasch auf ein Minimum reducirt. Die besten Präparate sind von Apotheker Athenstädt in Bremen zu beziehen. SCHECH.

21) **Baumgarten. Aetzmittel und ihre Anwendung bei Ohren-, Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1885.*

Verf. empfiehlt im Kehlkopfe, namentlich jenem der Sänger, als unschädlichstes Aetzmittel den Lapis, obwohl derselbe langsamer wirkt als die Chromsäure, welche im Larynx schwer zu neutralisiren ist, und als die Galvanocaustik, welche zu viel Wärme ausstrahlt. Geeignet erscheint ferner der Lapis bei ulcerirenden Syphilomen, namentlich jenen des Gaumens, doch darf derselbe nicht tief in das Gewebe eingebohrt, sondern nur leicht an den Rändern gestrichen werden. Chromsäure empfiehlt sich zu Aetzungen bei Kindern im Ohre, in der Nase und im Nasenrachenraum. Die galvanocaustische Schlinge im Ohre der Erwachsenen dient zur Entfernung von maligner Neubildung, der spitze Brenner zum Ausbrennen von Verkalkungen am Trommelfell, zum Aetzen von Granulationen, doch kann dazu auch die Schlinge benutzt werden. Zur Beseitigung der

Tonsillarhypertrophie verwendet Verf. die Galvanocaustik in folgender Weise. Pat. muss sich eventuell nach vorheriger Cocainisirung die Zunge mit dem Spatel selbst niederdrücken; dann senkt Verf. ein spitziges galvanocaustisches Messer parallel dem Rande des Arcus palatoglossus, von der Höhe der Tonsille anfangend, allmälig nach unten und lässt die Platinspitze im Parenchym erglühen. Unter die untere Fläche der Tonsille resp. die obere der Zunge wird ein mit Watte umhülltes Spatel geschoben, bis das glühende Instrument denselben berührt; der Brenner muss rothglühend abgehoben werden; es bedarf meist mehrerer (2—3) Sitzungen, bis das so gebildete Kugelsegment necrotisirt und abfällt.

SCHECH.

22) **Ch. Delstanche** (Brüssel). **Ueber einige Instrumente und Apparate, die für die Behandlung von Ohren- und Nasenkrankheiten bestimmt sind. (Sur quelques instruments et appareils destinés au traitement des maladies de l'oreille et du nez.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 4. September 1885.*

Die Instrumente wurden beim otologischen Congress zu Basel vorgezeigt. Die rhinologischen Instrumente sind folgende:

1. Ein Schlingenschnürer mit Hebelvorrichtung zur Polypenoperation.
2. Derselbe mit starrer Schlinge, die aus der Feder einer Taschenuhr gebildet ist.
3. Derselbe mit der Krümmung für Operationen im Nasenrachenraum.
4. Ein Speculum nasi, das ohne Zuhilfenahme der Hand sich in situ erhält vermittelst eines Knopfes, der auf der Oberlippe aufruht.
5. Ein Instrument mit zwei löffelförmigen Branchen zur Dilatation in der Tiefe der Nasenhöhle dienend.
6. Ein Geradrichter bei Septumverbiegungen.
7. Ein Adenotom à coulisse.
8. Eine Kinnbinde, um das Mundathmen den an adenoiden Vegetationen vollständig Operirten abzugewöhnen.

Die nähere Beschreibung der practischen Instrumente muss im mit Illustrationen versehenen Original nachgesehen werden.

E. J. MOURE.

23) **W. C. Jarvis. Ein neues electrisches Licht für die Diagnose und Behandlung der Nasen- und Halskrankheiten mit practischer Demonstration. (A new electric light for the diagnosis and treatment of diseases of the nose and throat, with a practical demonstration.)** Abdruck aus „Proc. des 79. Jahresmeeting der Med. Soc. State of New-York. 4. Febr. 1885.

Der Apparat besteht entweder aus einem electrischen Stirnspiegel oder Reflector, welcher an dem gewöhnlichen Kopfband getragen wird, oder aus einem unabhängig wirkenden Laryngoscop und Rhinoscop.

Der erstere besteht aus einem gewöhnlichen Concav-Stirnspiegel, welcher in einem hölzernen Rahmen sitzt. Letzterer hält die Verbindungsschnüre zur Befestigung mit der dazu gehörigen Batterie. Vorn, im Centrum des Spiegels, sitzt eine kleine Glaskugel, welche den leuchtenden Kohlenfaden enthält, dessen Lichtstrahlen von der Spiegeloberfläche reflectirt und auf die zu untersuchenden Theile geworfen werden.

Der Spiegel kann durchlöchert sein zwischen Centrum und Holzrahmen, und der Operateur kann entweder, ihn oberhalb des Auges tragend, direct durch die Oeffnung hindurchsehen oder über den Rand des Spiegels blicken. Ersteres ist vorzuziehen.

Das „electrische Laryngoscop und Rhinoscop" besteht aus dem gewöhnlichen kleinen Spiegel mit der Glaskugel, welche den glühenden Kohlenfaden enthält, in einem zweckmässigen Handgriff, an welchem der Griff des Spiegels wie gewöhnlich befestigt ist. Dadurch wird, wie man sehen kann, die Lichtquelle aus dem Bereich des Mundes und in einige Entfernung vom Glasspiegel gebracht.

Eine modificirte Bunsen'sche Batterie, in welcher Hydrarg. bisulfur. gewöhnlich zur Stromerzeugung benutzt wird, kommt dabei in Anwendung. Ebenso kann man auch eine stromerzeugende Batterie und einen Accumulator combinirt in einem kleinen Element gebrauchen, d. h. eine ungewöhnlich poröse Kohlentafel und ein kleiner Zinkstab werden in eine mehr als gesättigte Lösung von Kal. bichrom., Chlornatr. und Kal. permangan. getaucht. Die Uebersättigung ist das Geheimniss der lange fortgesetzten Thätigkeit der Batterie. LEFFERTS.

24) **Seifert. Demonstration von Beleuchtungsapparaten.** Sitzungs-Bericht der Würzburger physik.-med. Gesellschaft. 1885.

Verf. empfiehlt die von Fritzsche angegebene Albocarbonlampe, welche nicht nur ein äusserst helles und intensives Licht giebt, sondern auch an Leuchtgas bedeutende Ersparnisse erzielt. Das Princip der Lampe besteht in der Zufuhr von Naphthalindämpfen zum Leuchtgas vermittelst einer eisernen Kugel, in welcher das Naphthalin erwärmt resp. entwickelt und mit dem durchstreichenden Leuchtgas vermengt wird.

Verf. demonstrirt ferner eine kleine electrische Glühlichtlampe, die durch eine Chromsäurebatterie gespeist wird und einen mit einem Glühlichtlämpchen montirten Kehlkopfspiegel. SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

25) **Duval. Ueber den Grad der Atrophie der Riechnerven, der mit dem Fortbestand des Geruchs vereinbar ist. (Du degré de l'atrophie des nerfs olfactifs compatible avec la persistance de l'olfaction.)** *Bullet. de la Soc. d'anthropologie de Paris. VII. p. 827—835. 1885.*

Dem Ref. nicht zugänglich. E. J. MOURE.

26) **Bourgois** (Lille). **Bemerkung über die Entwickelung des Sinus maxillaris und über die Beziehungen, die diese Höhle mit den Zähnen beim Kinde eingeht. (Note sur le développement du sinus maxillaire et sur les rapports que cette cavité affecte avec les dents chez l'enfant.)** *Journal des science méd. de Lille. No. 24. 20. December 1885.*

Die Arbeit ist ein Abschnitt aus des Verf. Inauguralthese, die dem Ref. nicht zugänglich war.

Es wird an der Hand von Durchschnitten durch den Sinus maxillaris von Kindern nachgewiesen, dass diese Höhle namentlich von der Geburt an bis zum

achten Lebensjahre an Ausdehnung zunehme, dass mit dem verschiedenen Alter die Beziehungen dieses Sinus zu den Zähnen verschiedene sind und dass deren Beziehungen mit den benachbarten Höhlen vom chirurgischen Standpunkte aus wichtig sind. E. J. MOURE.

27) **Sinclair** (Dundee). **Haemorrhagie in die Substanz des Rückenmarks nach schwerer Epistaxis; Mangel einer Familiengeschichte von Haemophilie; plötzliche Paralyse; intensive Anämie; Coma; Tod in 4 Tagen; Autopsie; Bemerkungen. (Haemorrhage into the substance of the spinal cord after severe epistaxis; no family history of haemophilia; sudden paralysis; intense anaemia; coma; death in four days; necropsy; remarks.)** *Lancet. 5. December 1885.*

Aller Punkte von Interesse ist im Titel gedacht. Der Pat. war ein 24jähriger, an habituellem Nasenbluten leidender Mann. SEMON.

28) **J. W. Gleitsmann** (New-York). **Deviation des Septum narium. (Deviation of the nasal septum.)** *American Journal of the Medical Sciences. No. CLXXIX. p. 152. Juli 1885.*

Nachdem Verf. auf die immer mehr zunehmende Aufmerksamkeit, welche die Specialisten in jüngster Zeit den Affectionen der Nase und deren angrenzenden Theilen schenkten, hingedeutet und auf die Störungen hingewiesen hat, welche die Nasenverstopfung auf die Respiration, die Stimme, die Funktionen des Auges und Ohres ausübt, geht er zur Betrachtung derjenigen Difformität über, welche der Titel seiner Abhandlung bezeichnet. — Ein Zustand, welcher nebenbei verschiedene Grade von Nasenstenose erzeugt, ist auch geeignet, zuweilen eine Entstellung des Gesichts herbeizuführen.

Mit ausserordentlich seltenen Ausnahmen finden sich die Deviationen an den vorderen zwei Dritteln des Septum vor. Ein vollkommen grades Septum bildet mehr die Ausnahme als die Regel. Wenn man die Statistiken der sorgfältigsten und vielseitigsten Forscher, vorzüglich Mackenzie's, befragt, so ergiebt sich, dass überwiegend die linke Seite die engere ist, und dass die Prädisposition für diese Abnormität bei den Europäern mehr, als bei anderen Racen vorhanden ist.

Eine häufige Complication der Deviation ist die Anwesenheit von knöchernen Auflagerungen auf das Septum und eine Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel. Man gewinnt die beste Uebersicht über diese Deformität, wenn man die Classification von Welcker acceptirt: 1. Deviation der Nasenbeine nach links und des vorderen Randes des Vomer und der Crista maxillaris nach rechts. 2. Nasenbeine, Vomer und Crista nach rechts. 3. Nasenbeine nach rechts, Vomerrand und Crista nach links. 4. Nasenbeine und Crista nach links. No. 1 und 3 repräsentiren die Scoliose, No. 2 und 4 die krummen Nasen in toto. Unter 268 untersuchten Schädeln fand Gleitsmann 20 mit ausgesprochener Verbiegung der Nasenbeine. Davon gehören zur ersten Gruppe 3, zur zweiten 9, zur dritten und vierten je 4.

Acquirirt war diese Deformität in anderen Fällen durch Trauma oder durch Tumoren. In einer Reihe anderer Fälle schien Heredität die Entstehungsursache abgegeben zu haben.

Was die Behandlung betrifft, so verdient Adams' Operation mit einer starken flachblättrigen Zange und Retentionsapparaten den Vorzug. Auch können

Instrumente angewendet werden, welche von Weir, Jurasz, Capart, dem rstorbenen L. Elsberg und zuletzt von A. J. Steele modificirt worden sind.

LEFFERTS.

) **Zaufal** (Prag). **Ueber die operative Behandlung der chronischen Anschwellungen der hinteren Nasenmuschelenden.** Vortrag, gehalten im Vereine deutscher Aerzte in Prag am 27. März 1885. *Wiener med. Blätter. No. 14. 1885.*

Z. bespricht seine Methode, welche darin besteht, von vorn her durch die ıse eine sagittal stehende offene Drahtschlinge in den Nasenrachenraum einzuhren, sie daselbst mit dem Finger um das Muschelende zu legen und dasselbe zuschnüren oder abzutrennen. Ref. kann diese Methode auch bestens empfehlen. er schon seit Jahren (meist mit der kalten Schlinge) in ähnlicher Weise operirt d nur selten heftige Blutungen auftreten sah.

CHIARI.

) **J. Minkiewicz** (Tiflis). **Die Erkrankungen der Luftwege. (Choroby dróg oddechowych.)** *Gazeta lekarska. No. 12, 13. 1885.*

Bericht über die chirurgischen Erkrankungen der Nasenhöhle, die M. in ner Praxis beobachtet, speciell die Tumoren derselben. —

Abgesehen von den Schleimpolypen, die M. mit der Zange entfernt, wurden erirt: 1. Ossificirendes Chondrom des Nasenrachenraumes, durch Oberkiefersection. Ausgang: Heilung. 2. Nasenrachenpolyp, operirt durch Spaltung des ichen Gaumens, Abtragen mit dem Ecraseur, mit nachfolgendem Gebrauch des ıcquelin'schen Cauter. Der Kranke genas vollständig. Recidiv ist nicht ıgetreten. 3. Maligne Neubildung der Nasenhöhle, bei gleichzeitiger Bildung n Schleimpolypen. Die Kranke musste zwei Mal operirt werden, erlag ihrem iden. 4. Schleimpolyp der Kieferhöhle, wurde durch Abtragung der vorderen ınd beseitigt. M. berichtet ferner über einige Fälle von Fremdkörpern in der ıse, als Münzen. Kirschkerne. Der zweite Fall ist interessant, da der Kirschkern i einem Brechact in die Nase gerieth, daselbst 9 Jahre verblieb, heftige praorbitalneuralgie und Kopfschmerzen, die sich bis zur Tobsucht steigerten, rvorrief, endlich einen Abscess im Septum erzeugte und durch Spaltung desselben tfernt wurde. Der Kranke genas vollkommen. Auch der Geruch fand sich äter wieder ein. —

Die Besprechung der Schnittwunden des Halses und der Diphtheritis enthält :hts von Belang.

HERING.

) **Aysaguer** (Paris). **Papillome der Nasenhöhle. (Papillomes des fosses nasales.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 5. November 1885.*

Es werden zwei Fälle von Papillomen der Nasenhöhle mitgetheilt. —

Im ersten Falle, der eine 35jährige Frau betraf, füllten die Papillome fast ganze linke Nasenhälfte aus und gingen von der hinteren Nasenmuschel, dem den der Nasenhöhle und dem Septum aus.

Der zweite Fall fand sich bei einer 38jährigen Frau, aber hier entdeckte ın nur 2 bohnengrosse Tumoren am vorderen Drittel des Bodens der linken ısenhöhle. In beiden Fällen wurde die Exstirpation mit der galvanocaustischen hlinge vorgenommen. Die mikroscopische Untersuchung zeigte, dass man es

mit der reinen Form von Papillomen zu thun habe und nicht mit papillären Adenomen, Angiomen oder Sarcomen, die den grössten Theil der 14, von Hopmann beschriebenen Fälle ausmachen. — Die reinen Papillome sind, wie Morell Mackenzie behauptet, selten. — A. glaubt, dass die Papillome der Nasenhöhle nicht so leicht recidiviren, wie die des Kehlkopfes, da man die ersteren viel leichter vollständig exstirpiren kann mit Hilfe der galvanocaustischen Schlinge und nachfolgender Aetzung, als dies bei den Papillomen des Larynx möglich ist.

E. J. MOURE.

32) **Terillon-Roatier** (Paris). **Beziehung der Nasenpolypen zum Asthma. (Rapport des polypes muqueux des fosses nasales avec l'asthme.)** *Progrès méd. No. 15. 11. avril 1885.*

Es werden zwei Fälle von Nasenpolypen, die mit Asthma complicirt waren, wiedergegeben. Nach der Entfernung der Polypen schwand auch das Asthma. Es werden im Anhange die Vortheile des Wilde'schen Schlingenschnürers gegenüber der Polypenzange hervorgehoben. Zugleich wird aber bemerkt, dass dem Schlingenschnürer gewisse Nachtheile zukämen: 1. dass man nicht in einer Sitzung alle Polypen entfernen könne, da die höher oben befindlichen erst später herabsteigen und 2. dass man bei eng gebauter Nase nicht gut mit der Schlinge ankommt. Gegen diese letztere Unzukömmlichkeit habe Verfasser eine eigens geformte Zange construirt, die sich leicht in der Tiefe der Nasenhöhle öffnen lässt und welche erlaubt, die Polypen an ihren Stielen zu fassen und mittelst eines besonderen Mechanismus loszutrennen. Dieses Instrument soll aber erst vorgezeigt werden, wenn es verbessert sein wird.

E. J. MOURE.

33) **W. Fowler** (Birmingham). **Bösartiger Nasenpolyp mittelst der Furneaux-Jordan'schen Operation behandelt: Bemerkungen. (Malignant nasal polypus, treated by Furneaux Jordan's operation: remarks.)** *Lancet. 28. November 1885.*

Schnell wachsendes, aus beiden Nasenlöchern (hauptsächlich dem rechten) herauswucherndes Alveolarsarcom bei einem 16jährigen jungen Menschen. Entfernung mittelst der Schlinge: starke Hämorrhagie. Recidiv nach 4 Wochen. Operation nach Furneaux Jordan's Methode (s. Centralblatt, II. Jahrgang, S. 207). Es zeigt sich, dass die Neubildung vom Nasendache ausgeht. Nasenrachenraum frei. Anscheinend vollständige Entfernung und Genesung des Pat. Bericht zu früh erstattet, um Auftreten von Recidiven mit Sicherheit ausschliessen zu lassen. Verf. rühmt warm die Jordan'sche Methode.

SEMON.

34) **G. Boucher** (Neapel). **Grosses Fibrom der Schädelbasis. (Enorme fibroma della base del cranio.)** *Archivii italiani di laringologia. Fasc. I 1885.*

30jähriger schlecht genährter Mann, der seit 2 Jahren an Verstopfung der rechten Nasenhöhle litt, aus der eine fleischige Masse heraushing. Allmälich wurde auch die andere Nasenhälfte unwegsam und P. fühlte in den Choanen einen Fremdkörper, der immer mehr wuchs. Manchmal trat Nasenbluten ein, zweimal so stark, dass P. recht anämisch wurde. Das „merkwürdige und seltene“ von Whately und M. Mackenzie beschriebene Phänomen des Einschlafens zu jeder Zeit und in jeder Lage war beim Pat. deutlich ausgesprochen. Den Grund dieser Erscheinung findet B. mit Recht nicht in Stagnation des Venenbluts im Gehirn,

sondern in der durch die Unwegsamkeit der Nase bedingten Kohlensäurenarkose. „Die Nasenhöhle ist keine nur secundäre oder Luxusstrasse für die Respiration.“ Eben weil die Athmung bei Verlegung des Weges durch die Nase stets insufficient ist, ist auch das genannte Phänomen keineswegs so „selten.“ sondern kommt bei chronischer Nasenobstruction häufig genug vor; so wurde es dem Ref. von Kranken mit grösseren, die Nasenathmung beeinträchtigenden Schleimpolypen vielfach als Hauptunannehmlichkeit ihres Leidens geschildert.

In Boucher's Fall handelte es sich um einen vom fornix cavi nasopharyngei breit ausgehenden, letzteres ganz ausfüllenden und sich bis in's rechte Nasenloch fortsetzenden Tumor. Derselbe wurde mittelst der galvanocaustischen Schlinge von der Nase aus abgetragen; der Stilrest mit Chromsäure geätzt. Der Tumor hatte die Grösse eines Hühnereies und erwies sich als ein zellenreiches Fibrom, auf dessen Stil die Schleimhaut mit allen ihren Elementen überging, so dass sein Ausgang vom Periost ausser Zweifel gestellt war. KURZ.

35) **A. Degail. Zu den fibro-mucösen Polypen des Nasen-Rachenraumes. (Contribution à l'étude des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales.)** *Thèse. 17. December 1885.* Paris. A. Parent.

Es wird obiger Gegenstand in übersichtlicher Weise behandelt und auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnose zwischen den fibro-mucösen und fibrösen Polypen des Nasenrachenraumes hingewiesen, da von ihr Prognose und Behandlung abhängt. E. J. MOURE.

36) **J. G. Carpenter. Behandlung der Neoplasmen des Nasenrachenraums. (Treatment of neoplasms of the naso-pharynx cavity.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 12. Dec. 1885.*

Der Autor theilt die Geschichte eines Falles von Fibrom mit, welches die rechte Hälfte des Pharynxgewölbes und die Choanen, sich in dieselbe hineinerstreckend, einnahm. Es wurden verschiedene erfolglose Versuche, sowohl mit der kalten Schlinge, wie mit der Zange (postnasal) gemacht, um es zu entfernen. Als man schliesslich weitere operative Massnahmen aufgab, zersetzte sich der Tumor und löste sich ab. Hieraus bespricht und critisirt der Autor einige der verschiedenen Operationsmethoden, welche zur Entfernung der intranasalen Tumoren empfohlen werden. Seine Bemerkungen enthalten jedoch nichts Neues. LEFFERTS.

37) **Böcker** (Berlin). **Nasenrachenpolyp.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 15. S. 242. 1885.*

Demonstration im Verein für innere Medicin. Zungenförmiger Polyp von 6,5 Ctm. Länge, 3,4 Ctm. Breite und 2,6 Ctm. Dicke, der bei einem 32jährigen an Nasenpolypen leidenden Manne mit dem Finger aus dem Nasenrachenraum entfernt worden war. B. FRAENKEL.

38) **Tillaux** (Paris). **Die Nasenrachenpolypen. (Les polypes naso-pharyngiens.)** *Tribune méd. No. 905. 20. December 1885.*

Klinischer Vortrag bei Gelegenheit eines Falles von Nasenrachenpolyp, der durch Spaltung des Gaumens entfernt wurde. E. J. MOURE.

39) **R. P. Lincoln** (New-York). **Fibrosarcom des Nasenrachenraumes. (Fibrosarcoma of the naso-pharynx.)** *Medical Record. Vol. 28. No. 9. p. 241. 29. Aug. 1885.*

Recidiv eines Tumors, der vor 7 Monaten exstirpirt worden war, da Patient eine sorgfältige Cauterisation der Basis nicht geduldet hatte. Die Neubildung war ganz vascularisirt und füllte das rechte Nasenloch und die hintere Nasenhöhle aus. Die Exstirpation wurde wieder vollständig mit dem galvanocaustischen Ecraseur vorgenommen. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

40) **Highet** (Workington). **Tumor des Pharynx. (Tumour of pharynx.)** *British Medical Journal. 17. October 1885.*

Das Specimen wurde der Borders County Branch der Brit. Med. Assoc. am 1. October 1885 gezeigt. Nachstehendes ist eine wörtliche Uebersetzung des Berichts im Brit. Med. Journal: „Die Patientin war eine 30jährige, im 6. Monat schwangere Frau, welche über Erstickungsgefühl klagte. Bei der Untersuchung des Halses zeigte sich ein grosser, aus dem Rachen hervorragender Tumor, der wie die Zunge aussah und sich ebenso anfühlte. Die laryngoscopische Untersuchung erwies, dass derselbe von der linken vorderen (?) Wand des Kehlkopfabschnitts des Pharynx entsprang. Die Patientin starb plötzlich (!).

Bei der Autopsie fand Dr. Highet, dass der Tumor vom linken Cornu majus des Os hyoideum ausging. Seine Dimensionen waren: Länge 3 Zoll, grösster Umfang 1¾ Zoll, Gewicht 1¼ Unzen. Dr. Coats, dem er behufs Untersuchung zugesandt wurde, beschrieb ihn als einen grossen Schleimpolypen, der aus lockerem Bindegewebe bestand, von Schleimhaut überzogen war, und der Zunge äusserst ähnlich sah. Herr Lennox Browne, dem er ebenfalls vorgelegt worden war, gab an, dass er nach seiner eigenen Ansicht und der seiner Collegen ein sehr seltener Tumor sei, und ihrer persönlichen, sowie literarischen Erfahrung nach ein Unicum darstelle."

(Der obigen Beschreibung nach scheint die Patientin an Erstickung zu Grunde gegangen zu sein, ohne dass man den Versuch gemacht hätte, das doch diagnosticirte Hinderniss zu entfernen oder durch die Tracheotomie unschädlich zu machen! Red.) SEMON.

41) **E. Küster** (Berlin). **Zur Behandlung der Carcinome der Wangenschleimhaut und der Seitenwand des Pharynx.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. [illegible]. 1885.*

Beschreibung einer neuen Operationsmethode, welche in einem tödtlich verlaufenen und einem geheilten Fall angewandt wurde. Der Schnitt wird vom Mundwinkel schräg nach unten und abwärts über den Ansatz des Masseter hinweg bis zum vorderen Rande des Kopfnickers geführt; der Kiefer durchsägt, der [illegible] gemacht und [illegible]. Wird nun der übrige Kiefer kräftig nach [illegible], so liegt das [illegible] vollkommen frei. Die Operation verhindert, dass [illegible] der betreffenden Seite [illegible] werden kann, bringt aber auch der [illegible] hervorgerufenen [illegible]. B. FRAENKEL.

42) C. Stonham (London). **Bösartige Neubildung des Pharynx, der Mandel etc., Gastrostomie. (Malignant disease of the pharynx, tonsil etc., gastrostomy.)** *London Clin. Soc. Trans. Vol. XVIII. 1885.*

Der 37jährige Patient litt angeblich seit 12 Monaten an „Ulceration des Halses." Eine schnell wachsende Geschwulst, die sich bis unterhalb der Epiglottis erstreckte, nahm die rechte Seite und die Hinterwand des Pharynx ein und involvirte auch die hintere Hälfte der Zunge. Heftige Schmerzen, Unmöglichkeit, feste Speisen zu geniessen. Am 17. Februar 1885 Gastrostomie. Glücklicher Verlauf. Schon am 13. März Demonstration vor der Clinical Society. Pat. verstarb fünf Monate nach der Operation, die seine Qualen sehr erleichtert hatte. Angabe über die Natur der Neubildung fehlt. SEMON.

43) Aigre (Boulogne sur Mer). **Beobachtung eines Falles von Carcinom des Pharynx. Heilung. (Observation de carcinome du pharynx. Guérison.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 6. December 1885.*

Der Fall wurde bei einer 24jährigen Nonne beobachtet.

Die Diagnose Carcinom des Pharynx wurde auf folgenden Befund hin gemacht: „Die beiden rechten Gaumenbögen zeigten besonders an ihren freien Rändern eine intensive Röthung, die auch an der rechten Tonsille wahrnehmbar war. Alle diese Theile waren sehr geschwellt. Am hinteren rechten Gaumenbogen, sowie an der rechten Tonsille bestand ausserdem eine Ulceration mit sehr rothen, geschwellten Rändern und von indurirtem Aussehen. Die rechte Hälfte des freien Randes des weichen Gaumens erschien verdünnt, als ob ein an der oberen Fläche desselben sitzendes Geschwür dieselbe erodirt hätte. Rechts und hinten von dem Zäpfchen bestand eine Granulationsgeschwulst von der Grösse einer Erdbeere. Grosse Empfindlichkeit bei der Berührung dieser Theile. Leichtes Bluten derselben bei der Berührung, aber nie spontane Blutung. Keine Lymphdrüsenschwellung. Es wurde eine ungünstige Prognose gestellt. Die Behandlung bestand in Morphin-Glycerineinpinselungen und in einer 4proc. Borsäurelösung als Gurgelwasser.

In kurzer Zeit Heilung mit weisser Narbenbildung. Der Autor schliesst mit der Frage, welche Rolle der Borsäure bei dieser Heilung eines Carcinoms wohl zukommen mag.

Der Ref. fragt aber, ob nicht die Diagnose Carcinom eine sehr willkürliche gewesen ist? E. J. MOURE.

44) G. Usiglio. **Tracheotomie wegen Erstickung durch einen Fremdkörper im Pharynx. (Tracheotomia per soffocazione prodotta da corpo estraneo nella faringe.)** *Gazetta degli ospitali. No. 72. 1885.*

Ein 68jähriger, an den Beinen gelähmter Mann hatte ein Stück Fleisch verschluckt und befand sich bereits in der Agonie. Da ihm der Mund nicht geöffnet werden konnte, wurde eiligst die Tracheotomie ausgeführt. Nachher gelang es, den Mund zu öffnen und mit Mühe ein grosses Stück Fleisch aus dem Pharynx zu extrahiren.

Anfängliche Besserung des Zustandes, doch Fortbestand der Cyanose und Dyspnoe. Beginnende Facialparalyse, Collaps und Tod am 4. Tage. Die Section ergiebt chronischen Hydrocephalus und Atheromatose der Gehirnarterien. KURZ.

45) **Walter Rivington** (London). **Ein Fall von Ligatur der linken Carotis communis, welche von einer Fischgräte, die den Pharynx perforirt hatte, verwundet worden war. (A case of ligature of the left common carotid artery, wounded by a fish-bone, which had penetrated the pharynx.)** *Brit. Med. Journal. 31. October 1885.*

Vortrag vor der Royal Medical Chirurg. Society am 28. October 1885. Ein 9jähriger Knabe litt sechs Tage, nachdem ihm eine Gräte im Halse stecken geblieben war, an Fieber, Steifigkeit des Halses, Oedem der oberen Augenlider und profuser Salivation. An der linken Seite des Halses, entsprechend dem Ringknorpel, kleine schmerzhafte Geschwulst. Puls. 120, T. 38, 5, Resp. 22. Dysphagie, Benommenheit. Zwei Anfälle von Hämorrhagie aus dem Munde 9 Tage nach dem Unfall, sehr heftige Blutung am 11. Tage. Diagnose auf Verletzung der linken Carotis communis durch die Gräte gestellt. Unterbindung des Gefässes oberhalb und unterhalb des Sitzes der Verletzung. Operation sehr schwer wegen des stattgehabten Blutergusses in alle Gewebe, durch welchen dieselben sämmtlich gleichmässig roth gefärbt waren, und wegen neugebildeter entzündlicher Adhäsionen. Der Vagus, welcher der Carotis weithin fest adhärirte und von derselben nicht zu unterscheiden war, wurde nothwendigerweise mit unterbunden. Die Gräte wurde im Centrum eines Blutgerinnsels gefunden. Der Patient starb am 10. Tage nach der Operation an linksseitigem Gehirnabscess. — Die Arbeit wendet sich mit Nachdruck gegen den leider immer noch sehr üblichen Missbrauch, sofort in unvorsichtigster Weise mit Bougies und Schlundstössern in Fällen dieser Art vorzugehen, (auch im vorliegenden Falle war ein Probang angewandt worden), giebt dann eine Uebersicht von 44 Fällen von Gefässverletzungen durch vom Munde aus eingedrungene Fremdkörper [Verletzung der Aorta in 22, Carotiden in 12, abnorme rechte Subclavia in 1, Pulmonalis in 1, Vena azygos in 1, Herz und rechte Vena coronaria in 1, Vena cava in 3, Thyreoidea inferior in 3], und bespricht endlich die Fragen der Diagnose und der Behandlung in solchen Fällen. Diagnostisch nützlich seien: Eine Anamnese, welche auf das Verschlucken eines Fremdkörpers hinwiese; persistirender, auf eine bestimmte Stelle beschränkter Schmerz; Dysphagie, speciell die Unmöglichkeit, feste Speisen zu geniessen; Ptyalismus; Mangel der Entleerung des Fremdkörpers per anum; wiederholtes Blutspeien oder Erbrechen, blutige Stühle und Ohnmachtsanfälle; am Halse locale Anzeichen von Entzündung, Schwellung und Empfindlichkeit. Therapeutisch wurde, wenn möglich, Extraction des Fremdkörpers mit Zangen bei gehöriger Erleuchtung des Pharynx und Oesophagus empfohlen, ferner Regulirung der Diät, Anwendung auflösender Mittel und vorsichtiger Gebrauch des Regenschirmprobangs. In gewissen Fällen habe man an Oesophagotomie zu denken, und sowie Lebensgefahr in Folge von Blutung auftrete, sei promptes chirurgisches Eingreifen geboten.

Die Arbeit, deren Studium im Original aufs Wärmste zu empfehlen ist, fand in der Discussion den verdienten Beifall. Mr. Berkeley Hill dankte dem Vortragenden für die an klinischen Thatsachen so reiche Arbeit. — Mr. Morrant Baker berichtete einen Fall, in welchem er ein Stück des Stiels einer Tabakspfeife aus einer angeblich nur catarrhalisch entzündeten Tonsille entfernte! —

Mr. Black erwähnte eines anderen Falles, in welchem es ihm gelang, eine seit Monaten im Halse eines Soldaten festsitzende Gräte mittelst des Schwammprobang zu entfernen. — Mr. Bowlby gedachte eines Falles, in welchem ein Mann mit der Klage über eine im Halse festsitzende Gräte nach dem St. Bartholomew's Hospital kam. Der Probang wurde angewandt, brachte aber nichts heraus und vermehrte nur noch die Leiden des Patienten, welcher zwei Tage später an Perforation des horizontalen Theils des Arcus Aortae durch die Gräte zu Grunde ging. Wahrscheinlich hatte in diesem Falle der Schlundstösser die Gräte durch die Schleimhaut hindurchgestossen. — In seiner Antwort bemerkte Mr. Rivington, dass die Fälle der Herren Baker und Bowlby bereits in seine Tabellen aufgenommen seien. SEMON.

46) **Cresswell Baber** (Brighton). **Fremdkörper in Ohr und Hals. (Foreign bodies in ear and throat.)** *British Med. Journal. 24. October 1885.*

Gelegentlich einer Demonstration von Fremdkörpern im Ohr vor der Brighton & Sussex Med. Chir. Soc. am 1. October 1885 zeigte B. auch ein scharfes, 1 Zoll langes Knochenstück, das er aus dem Hals (? Pharynx oder Oesophagus. Ref.) einer Dame mittelst des Regenschirm-Probangs entfernt hatte. — Dr. Taaffe knüpfte hieran einige Bemerkungen über die Fortdauer der Sensation eines Fremdkörpers im Halse selbst nach der Entfernung desselben. SEMON.

47) **A. N. Ellis. Bemerkungen über den Retropharyngealabscess. (Notes on retro-pharyngeal abscess.)** *Cincinnati Lancet and Clinic. 12. Dec. 1885.*

Der Autor berichtet über drei Fälle, sämmtlich bei Kindern. Zwei davon waren idiopathischer Natur, wiewohl bei scrophulösen Kindern; der dritte trat secundär nach Scharlach auf. Alle drei Fälle wurden ergiebig incidirt mit gutem Erfolg. LEFFERTS.

48) **Isidor Ostrodzki. Der Retropharyngealabscess bei Kindern.** Berl. Dissert. 1885.

Aus der Poliklinik des Herrn Dr. A. Baginski werden 10 Fälle beschrieben, in denen bei ganz jungen Kindern Retropharynxabscess diagnosticirt wurde. Die Diagnose wurde meist per palpationem gestellt und schliesst die Beschreibung die Vorstellung nicht aus, dass es sich in einzelnen Fällen nicht um die genannte Krankheit, sondern um Peritonsillitis gehandelt habe. Im sechsten Falle wurde bei einem 8 Monate alten Knaben eine apfelgrosse Geschwulst gefühlt. Die Behandlung bezweckte die frühzeitige Incision und wurde dazu ein besonderes, von Baginski construirtes cachirtes Pharyngotom benutzt, welches auch unter Führung des Fingers angewandt wird. B. FRAENKEL.

49) **E. Darbouet. Ueber die retro-pharyngeale Lymphdrüsenerkrankung syphilitischen Ursprunges. (De l'adénopathie rétro-pharyngienne d'origine syphilitique.)** *Thèse. 12. November 1885.* Paris. A. Parent.

In einer anatomischen Einleitung wird auf das Bestehen von zwei an der hinteren Pharynxwand symmetrisch zu beiden Seiten der Mittellinie zwischen den Constrictoren und der prävertebralen Aponeurose vorkommenden Lymphdrüsen hingewiesen. Diese atrophiren gewöhnlich vom 3. Lebensjahre angefangen,

können aber unter Einfluss der Syphilis, wie die anderen Lymphdrüsen des Körpers, anschwellen und bestehen bleiben. In der Regel ist die Anschwellung eine indolente und geht ohne Entzündungserscheinungen einher. Ausnahmsweise aber kommt es zur Vereiterung und dann veranlassen sie retropharyngeale Abscesse und Phlegmonen. — D. giebt einen persönlich beobachteten und einen noch nicht veröffentlichten Fall von Jeanmoire wieder und citirt 7 Fälle aus der Literatur.

E. J. MOURE.

d. Diphtheritis und Croup.

50) **Binaut. Ueber einige Veränderungen der Blutkörperchen bei Diphtherie. (Sur quelques altérations globulaires du sang dans la diphtérie.)** *Thèse. Paris, 3. December 1885.*

War dem Ref. nicht zugänglich.

E. J. MOURE.

51) **Brucy. Gelegentliches über die Diphtherie. (A propos de la diphtérie.)** *Concours méd. 7. März 1885.*

War dem Ref. nicht zugänglich.

E. J. MOURE.

52) **Ferrand. Die Düngerhaufen und ihre Beziehungen zur Diphtherie. (Des fumiers et de leurs rapports avec la diphtérie.)** *Lyon méd. 1885. — Journal de méd. et de chir. März 1886.*

F. weist auf den schon von Klebs betonten Zusammenhang hin, der zwischen der Gegenwart von putriden Stoffen und dem Ausbruch von infectiösen Krankheiten, namentlich der Diphtherie, zu bestehen scheint. — Mit Rücksicht auf diesen Zusammenhang sollte prophylactisch vorgegangen werden und der Dünger in gemauerten Senkgruben aufbewahrt werden

E. J. MOURE.

53) **Talbert. Diphtheriebehandlung mit Copaivabalsam in hohen Dosen. (Traitement de la diphtérie par le copahu à haute dose.)** *Gaz. des hôpitaux. p. 68. Paris, 1885.* — **Harel. Diphtheriebehandlung mit Inhalationen von Theer und Terpenthin. (Traitement de la diphtérie par les inhalations de goudron et d'essence de térébenthine.)** *Gaz. méd. de Nantes. p. 7. 1884/85.*

Die Titel deuten den Inhalt an.

E. J. MOURE.

54) **Kentzler** (Pesth). **Pathologie und Therapie der Diphtheritis und die Wirkung des Jodoforms. (A ronscoló toroulob kórlána, gyogylána és a jodoform kalaser.** *Gyógyászat. No. 20. 1885.*

Mit wenigen Worten wird der Verlauf geschildert, die Contagiosität auf den Koch'schen Coccus zurückgeführt. Membranen auf Thiere übertragen riefen keine Diphtherie hervor. Mit Jodoformeinblasungen wurde ein Heilungsresultat von circa 39 pCt. erzielt. Die Zahl der Beobachtungen ist nicht angegeben.

BAUMGARTEN *).

---

*) Herr Baumgarten hat die Freundlichkeit gehabt, dies und das folgende Referat für unseren österreichischen Mitarbeiter, dem die Originale nicht zugänglich waren, zu übernehmen. Wir sprechen ihm für sein Entgegenkommen besten Dank aus.

Red.

55) **Kresz** (Pesth). **Beiträge zur Therapie des Croups, des Pseudocroups und der Diphtheritis mit hauptsächlicher Berücksichtigung des neuen erfolgreichen Gebrauches warmer Dämpfe.** *Orvosi Hetilap. No. 18. 1885.*

Es wird der im St.-Thomas-Spital in London verwendete Croupkessel empfohlen. Von 19 Fällen wurden 16 geheilt; von diesen sind einige Krankengeschichten mitgetheilt, die mit Ausnahme von 2 als Pseudocroup und Pertussis aufzufassen sind. Zerstäubt wurde immer Kalkwasser. BAUMGARTEN.

56) **G. Bouchard. Diphtherie, Behandlung mit Verdampfen antiseptischer Flüssigkeiten in einem 20—30 ° C. warmen Raume (Methode Renou). (Diphtérie, traitement par fumigations antiseptiques dans un milieu de 20 à 24 degrés centigrades [procédé Renou]).** *Gaz. des hôpitaux. No. 11. 26. Januar 1885.*

Es wird die Krankengeschichte eines mit dieser Methode behandelten und geheilten, an Diphtherie erkrankten 7jährigen Kindes erzählt. J. E. MOURE.

57) **Armand Semple** (London). **Fälle von Diphtheritis und Laryngitis. (Cases of diphtheria and laryngitis.)** *Medical Press and Circular. 21. October und 11. November 1885.*

Zwei Fälle von Diphtheritis und ein Fall von acuter Laryngitis mit Genesung nach Tracheotomie. SEMON.

58) **Robert Jones** (Liverpool). **Diphtheritis, Tracheotomie, lange fortgesetzte künstliche Athmung, Tod. (Diphtheria, tracheotomy, prolonged artificial respiration. death.)** *Med. Press and Circular. 7. October 1885.*

Der Titel giebt fast den ganzen Inhalt des Falles. Hinzuzufügen ist nur, dass der Operateur (Dr. Butcher in Birkenhead) in dem Glauben, dass die Canüle verstopft sei, dieselbe mit seinem Munde aussaugte, und dass Jones bei aller Anerkennung des Heroismus eines solchen Vorgehens Zweifel an der Moralität desselben ausspricht. SEMON.

59) **Alvaro Esquerdo** (Barcelona). **Die Tracheotomie in Folge von Diphtherie der Respirationswege. (La traqueotomia en la difteria de las vias respiratorias.)** *Revista de Ciencias médicae de Barcelona (10. Febr.) 1885. p. 77, 118, 161, 191, 258, 285, 317, 349.*

Die Arbeit ist eine sehr ausgedehnte, fleissige, zeigt grosse Literaturkenntnisse und ist für den Nichtspecialisten sehr belehrend. Etwas wirklich Neues ist jedoch nicht zu finden. E. spricht bei richtiger Indication zu Gunsten der Operation. KISPERT.

60) **Charon** (Brüssel). **Croup, complicirt mit Retrotrachealabscess und Hautemphysem. (Croup compliqué d'abcès retrotrachéal et d'emphysème sous-cutané.)** *Journal de Médecine, de chir. et de Pharmacol. Sept. 1885.*

Ein 6jähriges Kind war zur Tracheotomie wegen Croup ins Hospital gebracht worden; hatte ausserdem nach den Aussagen des Internen Hautemphysem an den Augenlidern, am Halse und an der Brust. Der Interne hatte schon die Operation begonnen, aber die Incision zu hoch oben angelegt, so dass er statt in die Trachea in die Schilddrüse gekommen war, als Charon noch zur rechten

Zeit (es war Abends 11 Uhr) ankam, um die Trachea zu eröffnen und die Canüle einzuführen; in demselben Augenblick ergoss sich aus der Canüle ein Strom Eiters, worauf das Kind einige tiefe Inspirationsbewegungen machte und wesentlich erleichtert war. Trotz alledem und künstlicher Ernährung mit der Sonde erlag das Kind nach 14 Tagen seiner Diphtherie.

Autopsie: Eine im Durchmesser 3 Ctm. grosse, nahezu circuläre Wunde an der vorderen Halsgegend; livide Wundränder, die vorderen Halsmuskeln zum Theil durchschnitten; der Larynx in der Tiefe bietet eine 2 Ctm. grosse Continuitätstrennung; rechts von der Trachea in der Höhe des V. Halswirbels liegt eine kleine Drüse mit einem kleinen centralen Herd gelben „phlegmonösen" Eiters. Auf der Rückseite der Trachea, 2 Ctm. von der Bifurcation entfernt, constatirt man in der Trachea eine kleine circuläre, 1—1,5 Mm. grosse trichterförmige Oeffnung. Oesophagus daselbst normal, aber etwas höher am Kehlkopf „livid gefärbt", wie der Larynx selbst. Das ganze Endstück der Trachea ist von hypertrophischen Drüsen umgeben.

Trotz der Bemühung Charon's, das Hautemphysem mit dem Abscess, der in die Trachea durchgebrochen war, in Verbindung zu bringen, will ihm selbst das nicht recht gelingen. Die traumatische Ursache liegt doch zu nahe! Von Belang wäre übrigens, von dem Arzte, welcher das Kind in's Hospital gesandt hatte, zu erfahren, ob damals das Hautemphysem schon da war, oder ob es erst auf dem Wege nach dem Hospital entstanden ist. BAYER.

61) **Torday** (Budapest). **Ein Fall von hochgradigem subcutanen Emphysem nach Laryngitis membranacea.** *Pester med. chir. Presse. No. 39. 1885. Excerpt aus Orvosi Hetilap. No. 35. 1885.*

Bei einem 3jährigen Knaben entstand in Folge hochgradiger Larynxstenose in der rechten Vertebro-Scapulargegend eine hühnereigrosse, luftgefüllte Geschwulst. In 4 Tagen nahm das Emphysem den Kopf, Rumpf und die oberen Extremitäten ein und verschwand in 8 Tagen. Das Kind genas schliesslich. T. lobt die Wirksamkeit der Inhalation warmer Dämpfe und hält den heftigen Husten für die Ursache der Zerreissung der Alveolen. (Warum wurde keine Tracheotomie gemacht?) CHIARI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

62) **Lannois. Giebt es ein Rindencentrum des Kehlkopfes? (Y a-til un centre cortical du larynx?)** *Revue de méd. et de chir. August 1885.*

Die Physiologen Beaunis und Vulpian nehmen an, dass das Nervencentrum für die Phonation seinen Sitz im verlängerten Mark habe. — Man sollte nun a priori annehmen, dass es auch ein psychisches Rindencentrum für die Phonation gäbe. Um dieses nachzuweisen, wurde das Experiment und die klinische Erfahrung herangezogen.

Die Experimente Duret's haben diese Frage nicht gefördert. Aus denen Krause's scheint aber hervorzugehen, dass es in einem Theile der Hirnrinde, der von dem Gyrus praefrontalis gebildet wird, eine Region gebe, welche nicht

nur den Bewegungen der vorderen Halsmuskeln, sondern auch denen des Kehlkopfes und des Rachens vorstehe.

Die Klinik hat bisher wenig Anhaltspunkte für die Beleuchtung dieser Frage geliefert. Es werden hier die Arbeiten von Ange Duval, Luys, Gibb, Seguin, Lewin und B. Delavan herangezogen (die beiden letzteren Autoren allein geben den Larynxbefund in ihren Fällen an), ferner einige an der Klinik Charcot's gewonnene Beobachtungen erwähnt.

Aus diesen Fällen geht zwar der directe Einfluss des Hirns auf den Act der Phonation hervor, aber das nach dem Autor aller Wahrscheinlichkeit nach bestehende Rindencentrum für den Larynx ist damit noch nicht erwiesen. E. J. MOURE.

63) **E. Martel. Studien über die Physiologie der Phonation. (Etudes sur la physiologie de la phonation.)** *Revue bibliogr. univers. des scienc. méd. 6 Place Saint-Michel. Paris, 1885.*

Die Arbeit wurde im Resumé in der physiologischen Section des Copenhagener Congresses mitgetheilt.

M. erläutert vorerst die Wirkungen der Kehlkopfmuskeln und bemerkt bezüglich des Cricothyroideus, dass er richtiger Thyreocricoideus heissen solle, da nur der Ringknorpel sich bei der Phonation bewege und in der Anatomie der Name des unbeweglichen Ansatzpunktes eines Muskels vorausgesetzt werde. Er stellte die Bewegungen des Ringknorpels und des Schildknorpels graphisch auf einem Marey'schen Cylinder dar. Aus diesen Aufzeichnungen geht hervor, dass während der Athmung beide Knorpel unbeweglich bleiben. Im Momente des Aufhebens einer Last steigen sie zu gleicher Zeit in die Höhe. Beim Anlauten eines Tones steigt der Ringknorpel allein in die Höhe durch Wirkung des Thyrocricoideus, und zwar um so höher, je höher der Ton ist.

Durch Wirkung des Thyrocricoideus werden ferner die Stimmbänder, namentlich der von Fournié als „Membrana vocalis" bezeichnete Schleimhauttheil derselben angespannt. — Dieser Muskel ist es, der dieser als Zungenstück dienenden Vocalmembran die Länge, Breite und Spannung verleiht, die zum Hervorbringen eines bestimmten Tones nöthig ist, und darum verdient er allein den Namen „Stimmmuskel". M. sagt ferner, dass der Schleimhauttheil der Stimmbänder allein bei der Stimmbildung vibrirt und er glaubt, dies durch seine Beobachtungen am Cadaver, bei welchen er die Stimmbänder künstlich vibriren liess, erweisen zu können.

Auf Grund dieser Untersuchungen, sowie auf Grund der laryngoscopischen Bilder, die er bei Sängern während des Hervorbringens von Tönen mit Brust-, Fistel- und „dunkler" (voix sombrée) Stimme gewonnen hat und die er schematisch wiedergiebt, kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Die Bruststimme wird durch den Larynx als Zungenpfeife mit doppeltem membranösen Zungenstück erzeugt, wobei die Schleimhaut der unteren Stimmbänder allein die vibrirenden Zungen bilden. — Je länger und je gespannter diese Membranen sind, um so höher werden die hervorgebrachten Töne sein.

2. Die „dunkle Stimme" (voix sombrée) ist bedingt durch eine Verminderung des Druckes der trachealen Luftsäule, eine Verminderung, die in Folge der mehr weniger offenen Glottis intercartilaginea zu Stande kommt.

3. Die verschiedenen Stimmnuancen bringen die Sänger durch eigenthümliche Vorrichtungen des supralaryngealen Stimmschlauches hervor.

4. Die Kopfstimme wird dadurch erzeugt, dass der Kehlkopf in ein Instrument mit Flötenmundstück umgewandelt wird, wobei die Glottis die Oeffnung bildet, durch welche die Luft streicht, während die Taschenbänder das Mundstück vorstellen.

E. J. MOURE.

64) **L. Vincenzi** (Modena). **Ueber den wirklichen Ursprung des Pneumogastricus. (Sull' origine reale del nervo pneumogastrico.)** *Gazzetta delle Cliniche. Torino. XXI. p. 209. 1885.*

Verf. hat die Art der Faserverbindung des Vagus mit den Nervenzellen des verlängerten Markes zum Gegenstand seiner Untersuchungen gemacht, deren Resultate er, wie folgt, zusammenfasst:

1. Es besteht eine directe Verbindung zwischen den hinteren Fasern des Vagus und den seitlich und nach hinten vom classischen Hypoglossuskern gelegenen Nervenzellen.

2. Es besteht eine Contiguität mit dem Keilstrang, aber absolute Unabhängigkeit von seinen Fasern.

3. Der vordere Theil der Wurzel des Vagus nimmt Theil an der Bildung des Seitenstranges.

KURZ.

65) **Jeanselme** und **Lermoyez** (Paris). **Studium über die postmortale Contractilität und über die Action gewisser Muskeln. (Etude sur la contractilité post mortem et sur l'action de certains muscles.)** *Archives de physiol. normale et pathologique. No. 6. p. 109—160. 1885.*

Hier interessiren nur die Versuche über die Action einzelner Kehlkopfmuskeln. — Die electrischen Untersuchungen an diesen wurden an Choleraleichen in den ersten drei Viertelstunden nach dem Tode angestellt. Die Excitabilität überdauerte in keinem Falle 40 Minuten. Selbst bei der am schnellsten nach dem Tode ausgeführten Obduction konnten die Crico-thyreoidei und Crico-arytaenoidei postici nicht in Contraction versetzt werden. — Dagegen konnte die Wirkung des Arytaenoideus transversus und der Thyreo-arytenoidei studirt werden. — Der Arytenoideus zeigte, electrisch gereizt, seine classische Wirkung als Schliesser der Knorpelglottis.

Die Thyreo-arytaenoidei liessen sich am besten reizen, wenn man die Electroden entweder an der vorderen und hinteren Glottiscommissur oder die eine vorn an den Schildknorpelwinkel und die andere an die Pharynxfläche der Giessbeckenknorpel anlegte. Durch Contraction der Thyreo-arytaenoidei wurden die Aryknorpel nach vorn gezogen und die Stimmbänder näherten sich nicht, wie dies im Larynx des Lebenden der Fall ist. Denn im Leben kommt noch die Wirkung der Crico-thyreoidei dazu, welche die Vorwärtsziehung der Aryknorpel verhindern und durch den Gegenzug die Spannung der Stimmbänder veranlassen.

Die Autoren electrisirten auch die Taschenbänder und sahen selbe sich zusammenziehen, aber nur bei männlichen Cadavern, was das Vorhandensein des von Rüdinger namentlich bei Männern gefundenen Muskels der Taschenbänder bestätigt.

Durch Reizung der ary-epiglottischen Falten erhielten sie eine Zusammenziehung der Ventriculi Morgagni mit Verminderung ihres Volumens, denn eine zuvor bis an den Rand eingehüllte gefärbte Flüssigkeit trat bei der electrischen Reizung aus. Diese Thatsache bestätige die Ansicht Hopmann's, dass diese kleinen Hohlräume als veränderliche Resonatoren der Stimme dienen.

E. J. MOURE.

66) **A. Cartaz** (Paris). **Ueber Kehlkopfparalysen centralen Ursprunges. (Des paralysies laryngées d'origine centrale.)** *Françe méd. No. 134 et 135. 1885.* Delahoye, Herausgeber des Separat-Abdruckes. Paris, 1885.

Der Autor bemerkt in der Einleitung, dass die Laryngologen bei der Beschreibung der Kehlkopferkrankungen nur einen sehr kleinen Platz den Paralysen centralen Ursprungs eingeräumt haben. Er glaubt, dass diese Störungen im Kehlkopfe häufiger seien, als in der Regel angenommen wird. Namentlich begegne man jenen Störungen öfter, die ihren Ursprung Verletzungen des verlängerten Markes verdanken, während die im wahren Sinne des Wortes centralen Störungen sehr selten seien; es sei auch vor den Beobachtungen Delavan's kein Fall bekannt.

C. lässt bei Seite die durch Tabes bedingten Erscheinungen im Kehlkopfe, indem er auf die Arbeiten von Charcot, Féréol, Fournier, Cherchewsky, Munschina und auf die laryngoscopischen Befunde von Krishaber, Mackenzie, Semon, Beverley Robinson etc. hinweist. — Desgleichen spricht er auch nicht von den hysterischen Lähmungen.

Er bringt hierauf vier Beobachtungen von der Klinik Charcot.

Die erste Beobachtung betrifft einen 57jährigen Mann, mit Pseudo-Bulbär-Paralyse behaftet, bei dem das laryngoscopische Examen das Bestehen einer unvollständigen Lähmung der Adductoren und Stimmbandspanner erkennen liess. Die Glottis hatte die Sanduhrform. Die Stimme war rauh und verschleiert.

Der zweite Fall betraf einen 49jährigen Mann, an derselben Affection des verlängerten Markes leidend. Hier fand man nebst Parese derselben Muskeln noch Schwellung der falschen Stimmbänder und eine leichte Erosion des rechten wahren Stimmbandes.

Der dritte Kranke, behaftet mit Glosso-Laryngeal-Paralyse, bot eine fehlerhafte Annäherung in deren vorderem und hinterem Abschnitte dar. Das linke ist weniger beweglich als das rechte.

Der vierte Fall war eine amyotrophische Lateralsclerose. Die Epiglottis war nach links geneigt. Die Stimmbänder spannten sich schlecht und liessen der Phonation einen elliptoiden Raum zwischen sich frei. — C. citirt noch zwei von Etter berichtete Fälle von Myelitis des verlängerten Markes, bei denen Larynxsymptome beschrieben werden. Er knüpft an diese 6 Fälle die Bemerkung, dass unter den Störungen im Kehlkopf die Parese der sogenannten Stimmmuskeln vorherrscht und dass wahrscheinlich erst im vorgerückten Stadium der Centralerkrankung die Abductoren ergriffen werden, womit die Dyspnoeanfälle der Endperiode ihre Erklärung fänden. Hierauf werden mehrere Beobachtungen von Hemiplegie angeführt, in denen der Abductor derselben Seite gelähmt war. — Zum Schlusse werden im Auszuge Fälle von Kehlkopflähmungen, die im Gefolge von Hirnerkran-

kungen auftraten und von Mackenzie, Penzoldt und Gerhardt herrühren, mitgetheilt.

C. will aus diesen ganz unzusammenhängenden Fällen keine Schlüsse ziehen und erinnert nur an die Arbeiten von Lannois, Delavan und Krause über das Bestehen eines Rindencentrums für den Kehlkopf und verspricht, die Schlussbeobachtungen seiner eigenen, in der Arbeit citirten Fälle später nachtragen zu wollen.
E. J. MOURE.

67) **Rebillard. Ueber Kehlkopfstörungen cerebralen Ursprungs. (Des troubles laryngés d'origine cérébrale.)** *Thèse. 3. December 1885.* Paris. A. Parent.

Sich anschliessend an die jüngst von Lannois und Cartaz veröffentlichten Arbeiten über den gleichen Gegenstand, fasst der Autor die Beweisgründe, die für das Bestehen eines corticalen Kehlkopfcentrums angeführt wurden, in übersichtlicher und vollständiger Weise zusammen.

In einer Einleitung resumirt er die Ansichten der Neuropathologen über die Rindencentren im Allgemeinen und zieht aus diesen den Analogieschluss, dass das Bestehen eines Rindencentrums auch für die coordinirten Bewegungen des Kehlkopfes wahrscheinlich sei.

Dann geht der Autor die physiologischen Experimente Duret's und Krause's durch, die zu Gunsten dieser Annahme sprechen. Endlich erwähnt er alle klinischen Fälle von Kehlkopfalterationen bei Hirnerkrankungen. In seinen Schlussfolgerungen stimmt er mit Lannois ganz überein.
E. J. MOURE.

68) **Munschina. Zum Studium der laryngealen Erscheinungen der Tabetiker. (Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques.)** *Thèse. Paris, 28. October 1885.* A. Parent.

Der Autor resumirt seine These, in welcher er aus der Literatur zahlreiche Fälle von Tabes zusammenstellt, indem er sagt:

1. Die weissen Fasern, die die Kerne des Vagus und Accessorius umgeben, können im Verlaufe der Tabes sclerosiren.

2. Die Symptome, die diesen anatomischen Läsionen entsprechen, sind laryngeale Erscheinungen a) convulsiver und b) paralytischer Natur.

3. Diese laryngealen Manifestationen können in allen Stadien der tabetischen Erkrankung auftreten. Kommen sie aber am Anfang vor, dann sind sie von diagnostischer Bedeutung und wichtig in Bezug auf die Behandlung.

4. Der Tod kann die Folge der spastischen laryngealen Erscheinungen sein.
E. J. MOURE.

69) **Oppenheim** (Berlin). **Fall von Tabes dorsalis, complicirt mit Diabetes mellitus und Larynxkrisen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 49. S. 815. 1885.*

Krankenvorstellung im Charité-Verein. Die 86jährige Frau zeigte 1. Anästhesie im Bereiche des N. quintus mit Fehlen des Geschmackes auf der vorderen Zungenhälfte. 2. Gastrische und Larynxkrisen. Dabei bestehen heftige Schmerzen in der Magen- und Oesophagusgegend, Angst- und Beklemmungsgefühl. Zeitweise sind Anfälle von krampfhaftem Husten und Niesen mit Erstickungserscheinungen aufgetreten. Die laryngoscopische Untersuchung constatirte gewisse Anomalien in der Function der Stimmbänder, die von Herrn Dr. Krause

als Ataxie gedeutet werden. Die Pulsfrequenz ist auf 100—120 Schläge beschleunigt.

B. FRAENKEL.

70) **J. L. Hewer** (London). **Ein Fall von Verletzung des N. accessorius Willisii. (A case of damage to the spinal accessory nerve.)** *Lancet. 5. Sept. 1885.*

Nur der äussere Ast, d. h. die den Cucullaris und Sternocleidomastoideus versorgenden Zweige des Nerven waren durch einen vor dem Ohr gelegenen Abscess in Mitleidenschaft gezogen; die Kehlkopffasern waren nicht betheilgt.

SEMON.

71) **H. Krause** (Berlin). **Ueber die Adductorencontractur (vulgo Posticuslähmung) der Stimmbänder.** *Virchow's Archiv. Bd. 102. 1885.*

K. antwortet auf die Einwürfe O. Rosenbach's (Virchow's Archiv, 99. Band). Er verwahrt sich zunächst gegen den Vorwurf, R.'s Originalarbeit nicht gelesen zu haben mit dem Nachweise, dass das Sectionsprotokoll gegenüber dem klinischen Berichte des Falles Ungenauigkeiten enthalte und mit dem Hinweise darauf, dass er von Anfang an gegen die Beweiskraft von Oesophaguscarcinomen für die vorliegende Frage Bedenken ausgesprochen habe. Weiter spricht er wiederholt, Semon gegen R. die Priorität zu, insofern es sich darum handelt, welcher von beiden Autoren einer richtigen Vorstellung von den Vorgängen bei der Entstehung der dauernden Adductionsstellung des Stimmbandes näher gekommen sei. Denn Semon hat zuerst darauf hingewiesen, dass nur ein unvollkommener, allmälig beginnender und fortschreitender Druck dieselbe hervorrufe, wenn er auch bei der Vorstellung stehen blieb, dass dieser Druck zuerst die Erweiterer lähme, während Krause bekanntlich nachzuweisen sucht, dass ein solcher Druck einen Reizungseffect darstellt, welcher den Nerven allmälig in den Zustand von Entzündung und Erregung versetzt, in welchem er auf mechanische Reizung, ähnlich wie auf electrische Reizung, reagirt.

Im Wesentlichen aber richtet sich die Erwiderung gegen einen Irrthum Rosenbach's in Bezug auf die Ergebnisse der Recurrensreizung, aus welchen derselbe die hauptsächlichsten Argumente für seine Opposition hergeleitet hat. Rosenbach giebt einer Bemerkung Krause's, nach welcher bei Recurrensreizung Schluss der Glottis erfolgt, welcher sich bei der nächsten Inspirationsbewegung löst, die Auslegung, als ob an dieser Inspirationsbewegung auch das zu dem gereizten Recurrens gehörige Stimmband theilnähme. Ref. ist bei der Besprechung der Krause'schen Arbeit in diesem Centralbl., S. 189, wie er zur Berichtigung seines Referats und zur Entlastung Rosenbachs anführen muss, in denselben Irrthum verfallen. Bei genauerer Betrachtung der Ausführungen Krause's ergiebt sich, dass die Glottis sich nur durch Bewegung des nicht gereizten Stimmbandes öffnet. Das gereizte Stimmband verbleibt, während das nicht gereizte gegenüberliegende die Inspirationsbewegung ausführt, bis zur Entfernung der Electrode vom Nerven in der durch die Recurrensreizung bewirkten Adductionsstellung. Rosenbach knüpft an dieses Missverständniss die Bemerkung, dass es doch sehr fraglich sei, ob hier überhaupt von einem Ueberreizen der Adductoren die Rede sein könne, und ob überhaupt eine Innervation der Adductoren in der von K. ange-

strebten Richtung vorliege. Die weiteren Einwürfe R.'s finden theils ihre Erledigung durch die soeben wiedergegebene Aufklärung des Irrthums, welchem ihre Motivirung entlehnt ist, theils erfordert die Widerlegung derselben, wie dies gewöhnlich der Fall ist, eine zu complicirte Auseinandersetzung, um im Auszuge wiedergegeben werden zu können. Es wird daher auf das Original verwiesen. Im Anschluss an den ausführlich wiedergegebenen, im Centralbl., S. 228 referirten Vortrag Gerhardt's macht K. den Vorschlag, die Krankheit nicht mehr nach der supponirten Aetiologie, sondern nach dem objectiven laryngoscopischen Bilde, d. h. als Adductorencontractur zu bezeichnen, und dieser Benennung je nach dem Befunde: spastisch, primär, secundär (nach idiomusculärer Posticuslähmung) hinzuzufügen. K. weist dann noch auf das reiche Material von einschlägigen Krankheitsfällen hin, welche accidentell bei den Operationen von Strumen erzeugt werden, und führt 2 Fälle von Erkrankungen des Centralnervensystems aus seinen Beobachtungen an der Westphal'schen Klinik an, in welcher er das Auftreten primärer Adductorencontracturen der Stimmbänder sicher constatirt haben will.

B. FRAENKEL.

72) **Krause. Zur Pathogenese der Adductorencontractur der Stimmbänder.** *Dtsch. Archiv für klin. Med. Bd. 38. Heft 5 u. 6. 24. März 1886.*

Verf. bezichtigt Möser eines Missverständnisses, indem der Letztere ihm die Annahme unterstellt habe, dass bei der durch einen peripheren Reiz entstehenden Läsion des Recurrens der M. posticus und die zu ihm führenden Nervenfasern intact bleiben. Er, Verf., betrachte im Gegentheil die Adductorfasern und die Abductoren gleichzeitig mitgereizt, resp. im Reizzustande befindlich. Bei dieser Action der gesammten Muskeln trete aber jene Stimmbandstellung ein, welche der an Kraft bei weitem überwiegenden Muskelgruppe, d. h. jener der Adductoren, entspreche.

SCHECH.

73) **F. de Havilland Hall** (London). **Aneurysma des aufsteigenden und queren Theils des Arcus aortae, Druck auf Trachea, Bronchien, den linken Recurrens und (?) Vagus, Parese der Crico-arytaenoidei postici. (Aneurysm of the ascending and transverse portions of the arch of the aorta, pressure on the trachea and bronchi, on the left recurrent and [?] left vagus: paresis of the crico-arytaenoidei postici muscles.)** *British Med. Journal. 19. December 1885.*

H. brachte am 11. December 1885 folgenden interessanten Fall vor die Clinical Society of London: Der Pat. war ein 61jähriger Rechtsanwalt, der ihn am 5. October 1885 wegen heftiger Dyspnoë consultirt hatte. Er war etwas cyanotisch und litt an metallisch klingendem lautem Husten mit eitrigem Auswurf. Die Athmung war bei Inspiration und Exspiration gleich stridulös, die Stimme völlig normal. Ueber dem Thorax Rhonchi und zischende Athmungsgeräusche. Zweifelhafte Dämpfung über dem oberen Theil des Sternum. Herztöne klar, Pulse in den Radiales gleich stark, Pupillen gleich. „Die laryngoscopische Untersuchung zeigte Parese der Crico-arytaenoidei postici.“ Die Anamnese wies auf Kurzathmigkeit während der letzten 2—3 Monate hin, mit starker Zunahme der Athembeschwerden innerhalb der letzten Woche. Der Patient war vorher von Sir Andrew Clark und dem Ref. gesehen worden, und allerseits war die Diagnose auf:

Druck auf die Trachea und auf einen Vagus oder beide Recurrentes gestellt worden. Was die Natur dieses Druckes betraf, so schien dem Verf. der Mangel der gewöhnlichen Zeichen eines Aneurysma dieses Leiden auszuschliessen, und er hatte es für wahrscheinlicher gehalten, dass es sich um eine bösartige Neubildung handle. Nach leichter temporärer Besserung unter Jodkalium starb der Patient 3 Tage später, am 8. October. Die Autopsie (Dr. Hebb) zeigte ein orangengrosses Aneurysma an der hinteren Seite des aufsteigenden und queren Theils des Aortenbogens, welches auf die Trachea, beide Bronchien, den linken Recurrens und „möglicherweise auch auf den linken Vagus" drückte. Unmittelbar oberhalb des Diaphragma befand sich ein zweites, etwa 2″ langes, fusiformes Aneurysma. Die Lungen waren im Zustande pneumonischer Hepatisation, und etwas frische Pleuritis war vorhanden. Inspection des Kehlkopfs zeigte, dass die Stimmbänder näher aneinander lagen, als man dies gewöhnlich nach dem Tode sieht. Die Kehlkopfmuskeln erschienen makroscopisch gesund; bei der mikroscopischen Untersuchung zeigte sich, dass die Querstreifung wohl erhalten war, dagegen eine „Ablagerung von Pigment unter dem Sarcolemm" stattgefunden hatte. — Der Autor brachte den Fall zur Illustration der diagnostischen Schwierigkeiten in Fällen von Aneurysmen vor, die von der hinteren Fläche des Aortenbogens ausgingen, und in denen wie in diesem Falle alle für Aneurysma speciell charakteristischen Symptome fehlten. Er war der Ansicht, dass in diesem Falle die Dyspnoë durch mindestens zwei Factoren bedingt worden sein müsse, da die „Parese der Glottisöffner" allein nicht hingereicht hätte, die Intensität derselben zu erklären. Ausserdem habe der Mangel von respiratorischen Excursionen des Kehlkopfs darauf hingewiesen, dass das Haupthinderniss unterhalb der Glottis belegen sei. Dies Haupthinderniss sei die Compression der Trachea und Bronchien durch das Aneurysma gewesen. Er acceptirte Bristowe's Theorie, dass in Fällen von Trachealcompression, in Folge der Unmöglichkeit kräftig zu husten, oberhalb der Compressionsstelle Schleimansammlung stattzuhaben pflege. Bei der Frage der Behandlung dieser Fälle von gemischter Obstruction der Luftwege tauche stets die schwierige Frage nach der Berechtigung der Tracheotomie auf. H. sprach sich mit Begbie für die Vornahme derselben aus, und gedachte endlich noch des Nutzens grosser Dosen von Jodkalium bei Aneurysmen.

Der Referent, auf dessen Arbeiten sich Hall wiederholt in seinen Ausführungen berufen hatte, und welcher die Discussion in längerer Rede eröffnete, legt behufs der Vermeidung späterer Recriminationen vor Allem Werth darauf, hier zu erklären, dass seine Ausführungen in den englischen Blättern, welche Berichte über dieselben bringen, theilweise ungenau, theilweise völlig entstellt wiedergegeben sind*). Was er in Wirklichkeit sagte, war etwa Folgendes: Es schiene

---

*) Der Grund hiervon ist folgender: Da er gleich im Eingange erklärte, dass er die Geduld der Versammlung für längere Zeit, als sonst in der Discussion üblich sei, erbitten müsse, nahmen die meisten Berichterstatter der Zeitungen keine Notizen während seiner Ausführungen auf, sondern ersuchten ihn, wie dies in solchen Fällen oft geschieht, nach der Sitzung, ihnen einen Abstract seiner Bemerkungen für ihre resp. Zeitungen zugehen zu lassen. Diesem Wunsche konnte der Referent leider nicht nachkommen, da er am Morgen nach der Sitzung eine mehrwöchentliche Reise antrat. Als

ihm äusserst zweifelhaft, ob in diesem Falle die Stellung der Stimmbänder als eine „Posticusparese" aufzufassen sei. Als er den Patienten — zum ersten und letzten Male — 3 Tage früher als Dr. Hall gesehen habe, habe er zwar ebenfalls constatiren können, dass sich die Stimmbänder bei tiefster Inspiration kaum bis zur Cadaverstellung von einander entfernt hätten, er habe es aber bei der fürchterlichen Unruhe des schwer leidenden Patienten eine offene Frage gelassen, ob es sich in diesem Falle a) um Reizerscheinungen in Folge von plötzlicher, intensiver Vagus- resp. Recurrentesreizung, b) um Posticusparese in Folge von Druck auf einen Vagus, resp. beide Recurrentes, c) um blosse hochgradige Nervosität handele. Bei dem von Hall so richtig betonten Mangel aller positiven Thoraxsymptome sei die Entscheidung zwischen diesen Eventualitäten bei Lebzeiten des Patienten in der That unmöglich gewesen. Die wiederholte Untersuchung Hall's, welche ebenfalls stets Glottisverengerung angezeigt habe, schlösse die Idee an blosse Nervosität fast gänzlich aus, und gegenwärtig sei es, nach dem Resultate der Autopsie, bei weitem am wahrscheinlichsten, wenn auch nicht absolut sicher, dass es sich um die erste der genannten Möglichkeiten, d. h. um intensive plötzliche Vagusreizung gehandelt habe. Jedenfalls müsse Druck auf den linken Vagus vorgelegen haben, da bei dem Freibleiben des rechten Recurrens nur durch Erregung der centripetalen im Vagus verlaufenden Fasern und durch centrale Uebertragung des Reizes auf die motorischen Fasern der gesunden Seite (Johnson's Hypothese) die doppelseitige Stimmbandaffection zu Stande gekommen sein könne. Dass die Glottisverengerung spasmodischer, nicht paralytischer Natur gewesen sei, schiene nicht nur aus der Plötzlichkeit der Zunahme der Dyspnoë zu folgen, welche in einem plötzlich und intensiv den Vagus treffenden Reiz (durch Zunahme des Seitendrucks in dem oberen Aneurysma bedingt) eine ungezwungene Erklärung fände, sondern vor Allem aus dem Mangel degenerativer und atrophischer Veränderungen in den Kehlkopfmuskeln. Offenbar habe der Reiz, wenn er auch plötzlich und kräftig genug gewesen sei, um Reizerscheinungen zu Stande zu bringen, nicht lange genug eingewirkt, um zu zerstören. Sehr bemerkenswerth sei es, dass unter diesen Umständen eine Glottisverengerung stattgefunden habe, nicht eine Glottiserweiterunng. Dies stände in directem Gegensatze zu den Resultaten der Krause'schen Vagusexperimente. Durch die Erwähnung dieses Punktes auf die Controverse über Posticuslähmung und Adductorencontractur geführt, gab der Referent sodann eine Schilderung des gegenwärtigen Standpunktes dieser Frage, und präcisirte seine eigene Ansicht dahin, dass er, während er — wie sein Urtheil im obigen Falle zeige — durchaus nicht die Möglichkeit und gelegentliche Existenz einer als Reizerscheinung aufzufassenden Glottisverengerung in Abrede stelle, doch nach wie vor daran festhielte, dass in der grossen Majorität aller durch organische Nervenleiden bedingter Fälle dauernder Medianstellung eines Stimmbandes oder beider Stimmbänder die Pathogenese

---

er bei seiner Rückkehr die völlig ungenaue, offenbar nach ungenügenden Notizen eines Berichterstatters angefertigte Wiedergabe seiner Bemerkungen fand (sie ist fast gleichlautend in allen 3 Blättern), war es zu spät, eine Rectification einzusenden, und er benutzt daher diese Gelegenheit, einen kurzen authentischen Bericht über seine Ausführungen zu geben.

die sei, dass zuerst Lähmung der Erweiterer, dann secundäre paralytische Contractur der Verengerer erfolge, sowie dass in allen diesen Fällen — gleichgültig ob der Reiz plötzlich und intensiv, oder allmälig zunehmend wirke — die Erweitererfasern des Recurrens zuerst erlägen. (Da die betreffenden Ausführungen Gegenstand einer eigenen Arbeit des Referenten werden sollen, die ihrer Zeit im Centralblatt besprochen werden wird, so brauchen wir auf dieselben bei dieser Gelegenheit nicht näher einzugehen.) — Indem der Referent sich sodann zu der wichtigen, von Hall berührten Frage der Tracheotomie in Fällen von durch intrathoracische Leiden bewirkter nervöser Glottisstenose wandte, erwähnte er, dass diese Frage zu den schwierigsten, peinlichsten und verantwortlichsten gehöre, die an den Arzt überhaupt heranträten. Drei Möglichkeiten seien in solchen Fällen zu erwägen: a) die Stenose könne, an einem gewissen Punkte angelangt, an welchem es noch nicht unumgänglich nothwendig sei zu tracheotomiren, stationär werden; b) die Adductoren könnten später ebenfalls afficirt werden mit dem Resultat, dass die vorher stark verengte Glottis sich wieder bis zur Cadaverstellung erweitere, wobei allerdings die Stimme verloren ginge, die Athmung aber wieder freier werde; c) es könne wie in dem vorliegenden Falle — besonders in Fällen von Aortenaneurysmen und anderen im Thorax gelegenen Tumoren — noch eine zweite Stenose der Athmungswege, producirt durch directe Compression der Trachea resp. Bronchien, unterhalb der laryngealen Obstruction vorhanden sein, welche bei Lebzeiten, oben wegen der Glottisstenose nicht mit Sicherheit diagnosticirt werden könne, deren Existenz aber — wenn sie den untersten Theil der Trachea resp. den Anfangstheil der Bronchien beträfe — die zur Hebung der Glottisstenose unternommene Tracheotomie vollständig nutzlos machen würde. Speciell auf letztere Möglichkeit habe er schon vor Jahren die Aufmerksamkeit der Fachgenossen gelenkt (Transactions of the Pathological Society for 1882, S. 45) und er könne mit Bezug auf alle drei Möglichkeiten nach mehrfachen, seitdem gemachten eigenen Erfahrungen hier nur seine damals ausgesprochene Ansicht wiederholen, dass, wenn die Kehlkopfstenose an sich beträchtlich genug sei, bedenkliche Dyspnoë des Patienten zu erklären, der Arzt berechtigt sei, die Tracheotomie vorzunehmen; er solle aber stets vorher dem Patienten selbst, resp. den Angehörigen, ein ganz klares Bild der Sachlage geben, um Enttäuschung zu vermeiden, falls in der That eine zweite Stenose weiter unten sich befände. Endlich solle man in diesen Fällen nie zu lange mit der Tracheotomie zögern. —

Dr. Ogle und Dr. Longhurst sprachen dann noch über den Werth der Pupillenuntersuchung in Fällen, wie dem vorliegenden. Ersterer hatte von häufigen Chloroform-Inhalationen und von dem lange fortgesetzten Gebrauch von Jodkalium Nutzen gesehen; letzterer erklärte, unter vielen Fällen von Aneurysma niemals einen gesehen zu haben, der die Vornahme der Tracheotomie erforderte. Den Nutzen derselben „hinsichtlich der Beeinflussung der Resultate von Nervenreizung“ vermöge er nicht einzusehen (!. Ref.). — Der Präsident (Mr. Bryant) andererseits unterstützte warm die Empfehlung der Operation in acuten Fällen bei drohender Asphyxie und erwähnte zweier Fälle seiner eigenen Praxis, in deren einem durch ihre Vornahme das Leben des Patienten um 30 Stunden, in deren anderem es um mehrere Monate verlängert wurde. In chronischen Fällen

möge die Nothwendigkeit weniger dringend sein. — Dr. Hall stimmte in seiner Erwiderung der von dem Referenten für diesen Fall gegebenen Erklärung der Stimmbandstellung zu, erklärte noch einmal, dass die Pupillen in diesem Falle gleich gewesen seien, und bestand auf dem Nutzen der Tracheotomie in solchen Fällen. SEMON.

74) **Paul Koch** (Luxembourg). **Ueber die Lähmung der Glottiserweiterer. (Sur la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte.)** 56. Naturforscher-Versammlung zu Freiburg. Sept. 1883. *Bulletin de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg. 1885.*

Früher sei die Diagnose der Posticuslähmung eine rara avis gewesen, jetzt finde sich Jedermann verpflichtet, Fälle von respiratorischer Larynxlähmung aufzufinden. Die symmetrische Lähmung desselben Muskels sei aber rar, und so könne es wohl auch nicht anders sein mit der doppelseitigen Posticuslähmung. Die symmetrischen Lähmungen seien meistens centralen Ursprungs. Aus der Statistik sei aber zu ersehen, dass die meisten von den Autoren beschriebenen Fälle peripheren oder myopathischen Ursprungs seien. Sodann seien noch auszuschliessen: die Ankylose des Crico-arytaenoidealgelenkes bei Gicht, exsudativer Entzündung etc. etc., ferner der Adductorenkrampf, „lange, sehr geräuschvolle Inspiration, besonders ausgesprochen bei etwas ergiebigeren Bewegungen, ebenso im Schlafe, auf die dann eine freie Exspiration folgt", das sei das pathognomonische Symptom dieser Lähmung. Die Glottis ist in der Cadaverstellung während der Respiration; bei der Phonation schliessen sich die Stimmbänder normaliter, während bei der Recurrenslähmung die Stimmbänder in der Cadaverstellung bleiben.

Die chronische Recurrensparalyse bei Kindern gebe häufig Anlass zur Verwechselung mit der Posticuslähmung. Die Symptome seien die gleichen und benöthigten die Tracheotomie, während aber bei der ersteren die Larynxstenose mit dem fortschreitenden Alter der Kinder sich vermindere, bleibe sie bei der letzteren unverändert. Während daher bei jener das Kind von seiner Canüle mit der Zeit befreit werden könne, sei dies bei dieser nicht der Fall. Koch erwähnt einen Fall von allgemeiner chronischer Larynxlähmung bei einem 2jährigen Kinde.

Um übrigens zu zeigen, wie leicht man sich mit der Diagnose „Respirationsparalyse" irren kann, führt der Autor zwei Fälle von diagnosticirter Posticuslähmung an, von denen sich der eine bei der Obduction (Tod in Folge von Gangrän der Beine) als Perichondritis des Cricoidknorpels und Ankylose des Cricoarytaenoidealgelenkes erwies, der andere, nach vorgenommener Tracheotomie, als exquisiter Adductorenkrampf auf hysterischer Basis herausstellte. BAYER.

75) **F. Massei** (Neapel). **Lähmung der Cricoarytaenoidei postici in Folge von Persistenz und Hypertrophie der Thymus. (Paralisi dei cricoaritenoidei posteriori da persistenza ed ipertrofia del timo.)** Dua lezioni dettate dal Professor F. Massei e riassuate dal Dr. F. Cardone. *Riforma medica. No. 84 u. 85 1885.*

Bei einem 3jährigen Mädchen bestand von der Geburt an erschwertes Athmen ohne Phonationsstörung. Hauptsächlich war die Inspiration erschwert.

Längs des linken Sternalrandes vom Sternoclaviculargelenk bis zur zweiten Rippe bestand leichte Dämpfung. Die Stimmbänder entfernen sich bei der Inspiration nur wenig von der Mittellinie. Sonst normale Verhältnisse.

M. bespricht die verschiedenen Kehlkopfmuskellähmungen, ihre Entstehung und Diagnose. Seinen Fall führt er auf Persistenz und Hypertrophie der auf den Recurrens drückenden Thymus zurück. KURZ.

76) **H. Chatellier. Paralyse mit Contractur des rechten Stimmbandes. Tracheotomie. Tod. Obduction. Erkrankung der oberen Tracheallymphdrüsen. Kehlkopf gesund. Nichterkanntes Encephaloid der Lunge. (Paralysie avec contracture de la corde vocale droite. Trachéotomie. Mort. Autopsie. Adénopathie trachéale supérieure. Larynx sain. Cancer encéphaloide du poumon méconnu.)** *Annales des mal. de l'oreille etc. No. 3. Juli 1885.*

Die Kranke, die an einem pleuralen Erguss blutiger Natur leidet, wurde plötzlich stimmlos und von einem Erstickungsanfall ergriffen. Das laryngoscopische Examen ergab während Phonation und Inspiration Contractur des rechten auf die andere Seite übergreifenden Stimmbandes, während das linke Stimmband während der Inspiration frei beweglich, aber bei der Phonation einen nach innen concaven Bogen beschreibt, der einen, wie der Autor sagt, genügend weiten Raum zwischen beiden Stimmbändern lässt. Kehlkopf- und Trachealschleimhaut normal. Nach einem neuerlichen Erstickungsanfalle wurde die Tracheotomie gemacht. Die Kranke stirbt am folgenden Morgen.

Bei der Obduction findet man ausser den pleuralen Veränderungen in dem rechten oberen Lungenlappen ein Encephaloid und ferner eine den rechten Trachealrand einnehmende Lymphdrüsenmasse, in welche die Gefässe und der Recurrens eingebettet sind. Larynxschleimhaut normal, die Stimmbänder in Cadaverstellung. — Der Autor bemerkt zum Schluss, „dass das ein Fall von Kehlkopfstenose sei, veranlasst durch Lymphdrüsencompression, und dass der Larynxbefund an eine Paralyse der Stimmbanderweiterer erinnere“.

Der Ref. möchte nun bemerken, dass der Autor selbst auf die Contractur des die Medianlinie überschreitenden rechten und im Gegensatze hierzu auf die freie Beweglichkeit des linken Stimmbandes während der Inspiration hinweist, ferner darauf, dass das letztere bei der Phonation eine Concavität nach innen zeigte: Dieser Befund erklärt nicht genügend die Suffocation und die Nothwendigkeit der Tracheotomie, noch weniger aber die Schlussfolgerung des Autors, dass man hier an eine Paralyse „der Dilatatoren“ erinnert werde.

E. J. MOURE.

77) **Dieulafoy. Einige Betrachtungen über das Aortenaneurysma. (Quelques considérations sur l'anévrysme aortique.)** *Gazete hebdom. de méd. et de chirurg. No. 26. p. 417—419. 1885.*

Ein Fall von Aortenaneurysma giebt D. Anlass, die Anatomie des Recurrens und das Symptomenbild des Aneurysma zu recapituliren. — Bezüglich der Suffocationserscheinungen nimmt er die Erklärung Krishaber's an, der sie auf einen Reiz des Recurrens und auf ein Ueberwiegen der Constrictoren gegenüber dem Dilatator zurückführt. E. J. MOURE.

78) **M. Lermoyez** (Paris). **Kritische Anmerkung zu einem Falle von isolirter und vollständiger Lähmung des Musculus arytaenoideus transversus. (Note critique à propos d'un cas de paralysie isolée et complète du muscle aryténoidien.)** *Annales des mal. de l'oreille etc. No. 3. Juli 1885.*

Der Fall ist folgender: Eine 22jährige Frau, tuberculös, ohne Zeichen von Hysterie, wurde nach einem warmen Bade am folgenden Morgen stimmlos. Die Flüstersprache ist von einem eigenthümlichen Pfeifen begleitet, welches wahrscheinlich von den sich bei der Phonation fast berührenden falschen Stimmbändern herrührt. — Die Kehlkopfuntersuchung ist schwierig, da die Epiglottis sich nur wenig bei der Phonation hebt und die falschen Stimmbänder den Anblick der wahren fast verdecken. Doch gelingt es, die Intactheit der Schleimhaut des ganzen Kehlkopfes und den characteristischen triangulären Spalt der Glottis cartilaginea zu sehen. — Der Fall wurde nicht weiter beobachtet.

L. knüpft an diesen Fall Bemerkungen in Bezug auf Aetiologie und Stimmstörung der isolirten Lähmung des Musculus arytaenoideus transversus. Er nimmt in seinem Falle weder Hysterie als Ursache an, die von Lefferts und Morell Mackenzie als ätiologisches Moment angesehen wird, noch dass ein Kehlkopfcatarrh, der nach Schroetter die constante Ursache der isolirten Lähmung des Arytaenoideus transversus ist, diese Affection veranlasst hätte, noch giebt er nach Lecointre zu, dass Tuberculose das Terrain für die Paralyse vorbereitet hätte. Vielmehr nimmt er an, dass die Erkältung direct ohne Vermittelung eines Catarrhes die schon am folgenden Tage aufgetretene Innervationsstörung bedingt hätte.

Was die Stimmstörung betrifft, so bestreitet er, dass bei reinen Fällen von Lähmung des Arytaenoideus transversus die Stimme im Anfangs- und Endstadium der blossen Parese eine heisere sei, wie das vom Ref. und Lecointre behauptet wird. Vielmehr glaubt er, dass sie nur abgeschwächt, entfernt, aber nie rauh klinge. Zur Bildung der Rauhigkeit der Stimme sei unbedingt ein catarrhalischer Zustand der Stimmbänder nöthig.

In Bezug auf das übrige Krankheitsbild weist er auf die Arbeiten des Ref. und dessen Schüler Lecointre und Logan hin. Zum Schlusse berührt er kurz die vor 10 Jahren von Mandl ausgesprochene irrige Ansicht, dass die Glottis interarytaenoidea im normalen Zustande beim Hervorbringen der Brusttöne klaffe und sich nur bei den Fisteltönen schliesse — eine Ansicht, die in jüngster Zeit von Martel zum Theil wieder vertreten würde. E. J. MOURE.

79) **David Newman** (Glasgow). **Eine Vorlesung über Aphonie oder Stimmverlust in Folge von Larynxerkrankung mit erläuternden Fällen. (Lecture on aphonia or loss of voice consequent on laryngeal disease with illustrative cases.)** *Glasgow Medical Journal. Juli, August und October 1885.*

Auch ein erfahrener Laryngologe wird, wenn er Newman's Vorlesung durchliest, das Gefühl haben, dass er seine Zeit nicht vergeudet hat. Er wird in derselben zwar wenig Neues finden; aber es gewährt das Studium von wohlbekannten Thatsachen Vergnügen und Nutzen, wenn sie mit solcher Lebendigkeit und Frische vorgetragen und von erläuternden, sorgfältig beobachteten Fällen begleitet werden.

Das Material ist in folgende Capitel eingetheilt:

1. Verlust der Sprache in Folge von Nervenverletzungen;
2. Aphonie in Folge von mechanischen Störungen der Function der Stimmbänder oder Aryknorpel;
3. Aphonie in Folge von Störungen der Stärke der Exspiration;
4. Aphonie in Folge von Einwirkungen bestimmter Gifte;
5. Aphonie ohne erkennbare Nervenläsion oder irgend welche mechanische Ursache, auf welche die Functionsstörung bezogen werden könnte.

Jede dieser Unterabtheilungen wird ausführlich besprochen; aber der Raum gestattet uns nicht, länger bei den einzelnen Capiteln zu verweilen. Wir müssen uns begnügen, einen oder zwei Punkte von speciellem Interesse hervorzuheben. Ein Fall von Retropharyngealabscess, in welchem Aphonie bestand, obwohl die Stimmbänder bei Phonationsversuchen zusammentraten, wird mit einer gewissen Ausführlichkeit berichtet. Der geschilderte Zustand war von Anästhesie des Larynx begleitet, und der Autor meint, „dass dieser Sensibilitätsverlust durch den Druck des Abscesses auf den Nerv. laryng. super. bedingt sei". Er fährt dann fort: „Dies ist meines Erachtens eine der gewöhnlichsten Ursachen der einseitigen oder selbst der doppelseitigen Anästhesie des Larynx." — Bei der Besprechung der Ankylose des Crico-arytaenoid-Gelenks wird die Semon'sche Arbeit ausführlich citirt. Aber bei seinen eigenen Bemerkungen über diesen Gegenstand setzt unser Autor sich vielleicht einer berechtigten Kritik aus, wenn er schreibt: „die differentielle Diagnose beider Zustände, nämlich der Paralyse beider Musc. cricoaryt. postic. und der bilateralen Ankylose der Phonationsstellung ist keineswegs leicht. Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt zwar für beide dasselbe Bild; aber sie sind in Rücksicht auf Pathologie und Therapie wesentlich verschieden. In den meisten Fällen setzt uns erst der Effect der Therapie in den Stand, uns eine richtige Meinung von dem Character des Leidens zu bilden; in anderen belehrt uns erst die Section über die wahre Natur des Leidens."

M'BRIDE.

80) **Louis Kolipinski. Simulation von Aphonie bei jungen Menschen. (Aphonia simulated in the young.)** *N.-Y. Med. Journal. 17. October 1885.*

Der Autor berichtet zwei Fälle, wo junge Leute Aphonie simulirt hatten. Dieselben zeigen, wie schwierig es ist, gegenüber den besorgten und ängstlichen Anverwandten den Betrug zu entlarven und können auch den Arzt daran erinnern, dass er, schleunig gerufen, nur einen Betrüger, nicht eine Krankheit zubehandeln finde.

LEFFERTS.

81) **J. Mac Munn** (London). **Aphonie und ihre Behandlung. (Aphonia and its treatment.)** *Lancet. 25. July 1885.*

In einer redactionellen Anmerkung der „Lancet" vom 18. Juli 1885 war auf eine Arbeit Dr. Moure's (Bordeaux) hingewiesen worden, in welcher auseinandergesetzt wird, dass „hysterische" und „simulirte" Aphonie nicht identisch seien.

Im Anschlusse hieran erzählt Mac Munn in einem Briefe an den Redacteur der „Lancet" den Fall eines an nervöser Aphonie leidenden 13jähr. Mädchens, welches nach Erfolglosigkeit aller legitimen Mittel einen als „Specialisten für

Halskrankheiten" practisirenden Quacksalber consultirte, der im bürgerlichen Leben den ehrenwerthen Beruf eines — — Schusters verfolgte. — Derselbe erklärte sofort „der Gaumenbogen hänge herunter" und müsse „erhoben" werden! Die Behandlung war einfach. Das Kind setzte sich auf einen Stuhl, der „Professor" wickelte eine schmutzige Schürze um die Finger seiner einen Hand und führte dieselbe in den Mund ein, während die andere Hand den Hinterkopf der Patientin stützte. In dieser Position hob er die Patientin 2 bis 3 Male von ihrem Sitze in die Höhe! — Das Mädchen stand hierauf auf und — — konnte sprechen! Ein nach wenigen Tagen erfolgender Rückfall wurde in derselben Weise geheilt.

Mac Munn hält die Heilung nicht etwa für durch geistige Erregung bewirkt, sondern meint, dass die starke Ausdehnung des Halses zu einer Zerrung der Recurrentes, welche sich um die Aorta und Subclavia wänden, geführt habe, und dass die Heilung durch Nervendehnung zu Stande gekommen sei! — —

SEMON.

82) **E. Jacob** (Leeds). **Gebrauch der Electricität bei Kehlkopfkrankheiten. (The use of electricity in diseases of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 28. Nov. 1885.*

Empfehlung der intralaryngealen Anwendung des faradischen Stromes in Fällen functioneller Aphonie, Parese der Kehlkopfmuskeln nach Catarrhen und bei diphtheritischer Paralyse. Die Discussion, die dem Vortrage J.'s in der Leeds and West Riding Medico-Chirurgical Society folgte, förderte nichts Besonderes zu Tage.

SEMON.

83) **Michael** (Hamburg). **Aphonia und Dyspnoëa spastica.** *Wiener med. Presse. No. 41, 42. 1885.*

Bei einer Hysterica bestand andauernd lauter Stridor bei der Inspiration und Fistelstimme. In der Chloroformnarcose wurde die Respiration ruhig und die Stimme laut und wohlklingend, als Beweis, dass es sich um Krampf der Verengerer und Spanner handelte. Wegen der Dyspnoë wurde Tracheotomie gemacht, welche aber an dem Zustande des Kehlkopfes nichts änderte.

M. hebt zunächst mit Recht hervor, dass diese Combination von Aphonia und Dyspnoë bisher noch nicht in dieser Art beobachtet wurde, und dass die gewöhnliche Aphonia spastica als eine Art Functionsneurose zu betrachten sei, welche ähnlich wie der Schreibekrampf nur dann eintritt, wenn die Muskeln zu einer bestimmten Thätigkeit gebraucht werden sollen. Ferner betont er die Wichtigkeit der Cloroformnarcose als diagnostisches Mittel, um zwischen spastischer und paralytischer Glottisstenose zu unterscheiden (? Red.) und erklärt sich einverstanden mit der Gerhardt'schen Ansicht, dass die sogenannte Posticus-Paralyse sowohl durch Lähmung, als auch durch Contractur veranlasst werden können.

CHIARI.

84) **W. Oltuszewski** (Warschau). **Coordinatorischer Stimmritzenkrampf. (Koordynacyjny skurcz glosini.)** *Gazeta Lekarska. No. 48. 1885.*

Nach Berücksichtigung der bisher bekannten Literatur über Aphonia spastica, wird eine ausführliche Krankengeschichte, des, zusammen mit dem Ref. beobachteten Falles, mitgetheilt. Ein 50jähriger Priester leidet seit 3 Jahren an Sprachstörung mit zeitweiser Aphonie. — Stimme characteristisch gepresst,

manchmal stotternd, bei Erregung fast unverständlich, ebenso wie das laute Lesen, dagegen ist die Fähigkeit des Singens erhalten. Im Larynx an beiden processus vocales, zwei symmetrische, ziemlich grosse Geschwüre (Decubitusgeschwüre). Die Stimmbänder leicht geröthet, im hinteren Theile etwas verdickt, werden beim Phoniren stark aneinander gepresst und lassen im vorderen Theile eine kleine Spalte übrig. Die Untersuchung der Nase ergiebt: links, kolbige Verdickung der mittleren, stark an das Septum gepressten Muschel. Berührung dieser Stelle mit der Sonde hat Thränen, serösen Nasenausfluss, Röthung der Schleimhaut und Schmerzgefühl zur Folge. Rechte Nasenhöhle normal. Nach Cauterisation (mit Chromsäure) der linken, mittleren Muschel, sofortige, bedeutende Verschlimmerung der Sprache, die nach Abstossen der Schorfe (4 Tage) sich allmälig bessert. (Ein zweiter Fall von Aphonia spastica, mit gleichzeitiger Erkrankung der Nasenmuschel, Anliegen an das Septum und Hyperästhesie der Mucosa, ist von Ref. beobachtet und publicirt worden. [Gazeta lekarska No. 50 d. J.]. Beide Fälle drängten den Ref. zur Annahme, dass die Aphonia spastica, als Reflexneurose, durch Nasenleiden bedingt werden kann. Ein in letzter Zeit von Hoffmann publicirter Fall (Monatschr. f. Ohrenheilk. etc., No. 7, Jahrg. 1885), in welchen, nach Abtragung von hypertrophischen Theilen der mittleren Muscheln, seit längerer Zeit bestehende Aphonia spastica zur Heilung kam, hat den (vom Ref., im Monat Juli, in der Sitzung der Warschauer med. Gesellschaft) betonten Zusammenhang dieses Leidens, auch therapeutisch bestätigt*).

HERING.

85) **P. Massucci** (Neapel). **Zwei Fälle seltener Kehlkopfaffectionen. (Due casi di rarissimi affecioni della laringe.)** *Estratto dal giornale internazionale delle Scienze mediche. Anno VII.*

Zwei interessante Fälle: 1) Aphonia spastica, 2) Diphonie.

Im ersten Fall handelt es sich um eine 23jähr. nervös belastete Sängerin, die wegen Heiserkeit ihren Beruf hatte aufgeben müssen. Die Untersuchung ergab, dass es sich nicht um die paralytische Aphonie der Hysterischen handelte. Die Abduction der Stimmbänder erfolgte ohne Störung, die Adduction dagegen bei der geringsten Anstrengung der Stimme in krankhafter Weise, so dass zwischen den Stimmbändern kein Raum blieb, „sich keine Rima glottidis bildete". M. bespricht die Differenzialdiagnose der in Rede stehenden Affection unter Berücksichtigung der betreffenden Autoren. Electrisation der Schläfen brachte entschiedene Besserung.

Der zweite Fall betrifft eine 25jähr. Sängerin, deren Stimme allmälig heiser und doppeltönig geworden war. Neben dem Hauptton war noch ein Nebenton zu hören, hauptsächlich bei den höheren Noten der Tonleiter. Beide Stimmbänder zeigten eine leichte Verdickung, an correspondirenden Stellen ihrer freien Ränder fanden sich kleinste, wenig vorspringende, blassrothe Knötchen. Diese berührten sich bei stärkerer Spannung der Stimmbänder und theilten so die Rima glottidis

*) Vide: Revue mensuelle de laryngologie. No. 12. 1885. I. Hering, Contribution à l'étude des nevroses reflexes par lésions nasales.

in zwei Hälften. Zerquetschung der kleinen Tumoren und nachträgliche Aetzung brachte vollständige Heilung. KURZ.

86) **Keimer** (Freiburg). **Chorea laryngis.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 40. S. 687. 1885.*

Aus der Poliklinik des Prof. Hack theilt K. einen Fall von kurzem, klanglosem, dann wieder bellendem Husten mit, der sich bei einem 12jährigen Knaben nach Tussis convulsiva neben Zeichen der Chorea einstellte. Während des Hustens rückten die Stimmbänder mit einer schnellenden Bewegung dicht aneinander, um eben so rasch wieder aus der Phonations- in die Inspirationsstellung zu federn. Nachdem die complicirende Hyperplasie der unteren Muscheln und der Tonsillen ohne Erfolg für den Husten beseitigt war, wurden die gebräuchlichen inneren Mittel ebenfalls vergebens angewandt, der Knabe jedoch schliesslich durch allgemeine Faradisation und hydropathische Behandlung geheilt. B. FRAENKEL.

87) **Garel** (Lyon). **Choreatischer Singultus von 13monatlicher Dauer, plötzlich durch Cocaïn geheilt. (Hoquet choréique datant de 13 mois guéri brusquement par la cocaïne.)** *Lyon méd. No. 29. 19. Juli 1885.*

Neben dem Singultus bestanden bei dem 16jähr. jungen Mann auch Chorea des Gesichts und der Schultern. Die laryngoskopische Untersuchung löste den Singultus aus. Ecto- und endolaryngeale Electrisation wurde nicht vertragen. — G. pinselte hierauf zu wiederholten Malen während einer Woche den Kehlkopf mit einer Cocaïnlösung ein und erzielte Heilung des Singultus und der Choreaerscheinungen, die nach einer Privatmittheilung des Autors an den Referenten bis heute, 6 Monate nach der Einpinselung, andauert. E. J. MOURE.

88) **T. Churton** (Leeds). **Ein Fall von schwerem Singultus mit Pilocarpin und Scutellarin behandelt. (A case of severe hiccough treated by pilocarpine and scutellaria.)** *Brit. Med. Journal. 19. December 1885.*

In dem mit den verschiedensten, anderweitigen nervösen Störungen einhergehenden Falle war so schwerer Singultus vorhanden, dass Patientin, eine 25-jähr. verheirathete Frau, nur im Schlaf und in der Chloroformnarkose normal athmen konnte. Pilocarpinum hydrochloratum in Dosen von 0,015 subcutan injicirt, erzielte zu einer Periode des Leidens Aufhören des Singultus, später erwies sich auch dies Mittel als erfolglos, und nunmehr brachte die innerliche Darreichung von 60 Tropfen der Tinctura Scutellariae, zweistündlich gegeben, anscheinend dauernde Heilung. Das Nähere über den sehr complicirten Fall muss im Original nachgelesen werden. (Scutellaria ist, wie der Referent Squire's Companion to the British Pharmacopoeia entnimmt, ein amerikanisches „Eclectic Remedy“ und zwar ein „nervous non-exciting tonic“, welches bei Neuralgie in Dosen von 2 bis 6 Gran verschrieben wird.) SEMON.

89) **De Renzi** (Neapel). **Ueber den inspiratorischen Krampf. (Sullo spasmo inspiratorio.)** *Rivista clinica e terapeutica. No. 4. 1885.*

Drei Fälle von auf nervöser Basis beruhendem „Krampf der inspiratorischen Hilfsmuskeln“. Ueber das Verhalten des Kehlkopfes fehlt jede Angabe; die fragliche Affection entzieht sich somit einer laryngologischen Beurtheilung. KURZ.

90) **Octavius Sturges** (London). **Convulsivischer Husten. (Convulsive cough.)** *Medical Times. 4. July 1885.*

Theoretisch-polemisches Raisonnement über die Natur des Keuchhustens. Der wichtigste Schluss, zu welchem der Verf. kommt, ist folgender: „Convulsivischer (oder Keuch-) Husten ist ein rein nervöses Phänomen, der Ausdruck einer speciellen Geneigtheit des Kindesalters zu Krämpfen, wie solche sich in anderen Formen unter dem Bilde des Laryngismus und Glottiskrampfes manifestirt."

SEMON.

91) **Kelmer** (Freiburg). **Nervöser Husten.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 40. S. 688. 1885.*

Fall von nervösem Husten, der mittelst Excision des Corpus cavernosum am unteren Rande der mittleren Muschel mit der galvanocaustischen Schneideschlinge geheilt wurde.

B. FRAENKEL.

92) **Moncorvo. Ueber den Keuchhusten und seine Behandlung mit Resorcin. (De la coqueluche et de son traitement par la résorcine.)** Paris. O. Berthier. 1885.

Verf. citirt die verschiedenen Ansichten, die seit dem 15. Jahrhundert über den Keuchhusten ausgesprochen wurden und erklärt sich als Anhänger der Theorie, die den Keuchhusten als eine locale, auf die oberen Luftwege beschränkte parasitäre Erkrankung ansieht. Für diese Anschauung spricht der Umstand, dass in vielen Fällen die Hustenanfälle sich zeigen ohne jede bronchiale Manifestation und dass da, wo letztere vorhanden ist, sie in keinem Verhältnisse steht zur Häufigkeit, Dauer und Heftigkeit der Hustenparoxysmen. Aber auch die Aetiologie und der ganze Verlauf der Erkrankung weist auf den local parasitären Sitz des Keuchhustens hin. Der beste Beweis hierfür sei der Erfolg der antiparasitären localen Behandlung. — M. empfiehlt das von J. Andeer in die Therapie eingeführte Resorcin wegen seiner im Vergleich zur Carbolsäure wenig ätzenden Wirkung, wegen seiner Geruchlosigkeit, geringen Giftigkeit und seines nur leicht säuerlichen Geschmackes. Er wendet es in 1—2proc. wässriger Lösung an, mit der er mehrmals am Tage den Kehlkopfeingang einpinselt. Zu den schon früher veröffentlichten 18 Beobachtungen bringt er 40 neue hinzu, in denen er ausnahmslos guten Erfolg davon sah.

E. J. MOURE.

93) **Moncorvo** (Rio de Janeiro). **Ueber Cocaïnum muriaticum bei der Behandlung des Keuchhustens. (Du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la coqueluche.)** *Bullet. génér. de thérapeutique. p. 254. September 1885.*

M. macht ausser den Pinselungen mit Resorcinlösungen, die er in einer früheren Arbeit zur Tödtung der specifischen Krankheitskeime des Keuchhustens vorgeschlagen hat, noch solche mit 10proc. Cocaïnlösungen, um die Reflexerregbarkeit des Rachens und des Kehlkopfes herabzusetzen. Durch diese der Indicatio causalis und symptomatica Rechnung tragende Behandlung hatte M. gute Resultate erzielt.

E. J. MOURE.

94) **Lepage** (Paris). **Keuchhusten. Masern. Bronchopneumonie. Subpleurale Ecchymosen. Zwei Ulcerationen der hinteren Pharynxwand, die eine entsprechend der Epiglottis, die andere dem Ringknorpel. (Coqueluche. Rougeole. Bronchopneumonie. Deux ulcérations de la paroi postérieure du pharynx, répondant l'une à l'épiglotte, l'autre ou cartilage cricoide.)** *Société anatom. de Paris. 21. Nov. 1884. — Progrès méd. No. 26. 27. Juni 1885.*

Der Titel giebt im Wesentlichen die Beschreibung des Falles, der ein 3jähriges Kind betraf. Die Masern waren 1 Monat nach Bestehen des Keuchhustens hinzugetreten. Von den Ulcerationen im Rachen meint L., dass sie auf dieselbe Ursache zurückzuführen seien, wie die im Anfange des Keuchhustens bestandene Ulceration am Frenulum linguae. E. J. MOURE.

95) **Barbillion. Ueber die Anwendung des Cocaïns gegen Keuchhusten. (De l'emploi de la cocaïne dans la coqueluche.)** *Revue mens. des malad. de l'enfance. August 1885.*

B. machte in 5 Fällen von Keuchhusten Pinselungen des Rachens, des Isthmus faucium, der Tonsillen und des Zungenrandes mit einer 5proc. Cocainlösung, und zwar je nach der Schwere des Falles 2—4mal am Tage. — Er erzielte mit dieser Behandlung Verminderung der Hustenanfälle, doch erschöpfte sich die Wirkung jeder Einpinselung bald, während andererseits eine Angewöhnung an das Cocain, wie das z. B. beim Morphium statt hat, nicht eintrat. — Ferner wurde das Erbrechen aufgehoben und dadurch der Ernährungszustand der Kinder bedeutend gebessert. B. selbst erscheint die Zahl der beobachteten Fälle zu gering, um auch von einer Beeinflussung der Dauer der Erkrankung durch das Cocain sprechen zu können. E. J. MOURE.

96) **W. Graeffner** (Breslau). **Cocaïnbehandlung des Keuchhustens und des nervösen (hysterischen) Hustens.** *Allg. med. Central-Zeitung. No. 35. 1885.*

Rp. Cocaini muriat. 0,06—0,1, Aqu. dest. 45,0, Kal. chlor., Aqu. amygd. am. ana 0,5. MDS.: Mittelst gewöhnlichen oder Dampfsprays zweimal täglich eine solche Quantität einzuathmen. In 4 Fällen von Tussis convulsiva und 2 Fällen von hysterischem Husten beobachtete Verf. bei dieser Behandlung Besserung resp. Heilung. B. FRAENKEL.

97) **W. J. Croskery** (Eckington). **Keuchhusten. (Pertussis.)** *Lancet. 28. Nov. 1885.*

Kurze Besprechung einiger Complicationen (namentlich der Bronchopneumonie) und Aufzählung einer grossen Reihe von Arzneimitteln, die sich dem Verf. unter verschiedenen Umständen bei der Behandlung des Grundleidens nützlich erwiesen haben. SEMON.

98) **Sigismund Goldschmidt** (Reichenhall). **Beiträge zu einer mechanischen Behandlung des Keuchhustens.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 61. 1885.*

Die Beobachtung, dass die Untersuchung des Kehlkopfes bei der Tussis convulsiva, wenigstens im Beginn, meist negativ ausfiele, dass dagegen häufig eine Reizung der Nasenschleimhaut bestehe, lässt es dem Verf. wahrscheinlich erscheinen, dass der Keuchhusten rein mechanisch dadurch entstehe, dass aus der

Nase Gebilde durch Aspiration oder nach dem Gesetz der Schwere in den Larynx gelangen. Er behandelt den Keuchhusten mit Einspritzungen von Salicyl 1:1000. Am ersten Tage wird die Nase alle 2 Stunden, also 6 mal ausgespült, am zweiten Tage 4 mal, dann ist die Krankheit coupirt. Höchstens dass das Ausspritzen der Nase an den folgenden Tagen noch einige Male wiederholt werden muss.

B. FRAENKEL.

f. Schilddrüse.

99) **Th. Fischelis. Beiträge zur Kenntniss der Entwickelungsgeschichte der Gl. Thyreoidea und Gl. Thymus.** *Archiv für mikroscop. Anatomie. Bd. 25. 1885.*

Beim Hühnchen und beim Schweine entwickelt sich die Anlage der Gl. Thyreoidea aus dem Epithel des Pharynx. Die Art der Entstehung und weiteren Ausbildung ist aber verschieden. Beim Huhn nimmt die Schilddrüse nur in der Medianlinie des Körpers von dem Pharynxepithel ihren Ursprung. Sie stellt anfangs ein hohles Bläschen dar, bildet sich dann zu einem soliden Körper aus und als solcher erleidet dieselbe eine Theilung in zwei sich immer mehr von einander entfernende Körper, welche nahe der Ursprungsstelle der Carotis liegen. Beim Schweine entsteht die Thyreoidea aus drei verschiedenen Stellen; aus einer in der Medianlinie des Körpers, in der Höhe des zweiten Kiemenbogens gelegenen und aus zwei symmetrischen, in der Gegend der 3. Kiemenspalte gelegenen Stellen, die als innere Kiemenfurchen bezeichnet werden. Die beiden lateralen Anlagen treffen nun auf einer bestimmten Stufe der Entwickelung mit den lateralen Enden der mittleren Anlage zusammen und verwachsen zu einem einzigen, vor der Trachea liegenden Körper; eine Theilung der Anlage findet nicht statt. Die Gl. Thymus entwickelt sich beim Schweine aus dem Epithel der 3., sowohl äusseren wie inneren Kiemenfurche. Sie stellen schlauchförmige, ventralwärts verlaufende Fortsätze dar. Beim Huhn hat Verf. eine solche Anlage des Thymus nicht finden können.

SCHECH.

100) **V. Horsley** (London). **Resultate der Exstirpation der Schilddrüse beim Affen. (Résultats de l'exstirpation de la glande thyroide chez le singe.)** *Soc. de biologie de Paris. 26. December 1885.*

Die Operation wurde stets unter grossen antiseptischen Cautelen vorgenommen, und es wurde in allen Fällen Heilung der Wunde per primam intentionem erzielt. — Die Affen starben 5—6 Wochen nach der Exstirpation der Schilddrüse. Die Temperatur der Thiere nahm bis zum Tode schrittweise ab. Künstliche Erwärmung verlängerte ihr Leben bis zu 4 Monaten. Es zeigten sich bei den Thieren dreierlei aufeinander folgende Zustände: 1. neurotische, 2. Zustände von Myxödem und 3. von seniler Atrophie.

E. J. MOURE.

101) **J. Kriwjakin. Der Kropf im Andischen District Dagestans. (Sob w Adins. kom okruge Dagestanskoi oblasti.)** *Med. sborn kawk med. obtsch. No. 39. 1885.*

Im Andischen District Dagestans, der aus einem Thale, eingeschlossen von hohen Bergen, besteht, herrscht der Kropf in einigen Dörfern endemisch, in anderen nur sporadisch und wieder in anderen kommt er gar nicht vor. Die Einwohnerzahl von 9 Dörfern, in denen der Kropf angetroffen wird, betrug im Ganzen

4466 Menschen und von diesen litten 185, also 41,31 pro mill, am Kropf. Das Verhältniss der Erkrankungen bei Männern und bei Frauen verhielt sich wie 1 : 1,3. Als Ursache des Kropfes wurde angeschuldigt einerseits die dort übliche Beschäftigung, eine sehr primitive Art der Salzgewinnung durch Abdampfen und andererseits die dort sehr stark herrschende Intermittens. Mit der Salzbereitung beschäftigen sich nur die Frauen und insofern spielt dieselbe in der Aetiologie des Kropfs wohl eine Rolle, da in den Dörfern, die sich mit diesem Industriezweige beschäftigen, der Kropf nur bei Frauen getroffen wird. Was die Intermittens betrifft, so hat dieselbe noch gar keinen Einfluss auf die Aetiologie des Kropfs, da dieselbe in den letzten Jahren bedeutend an Ausbreitung abgenommen hat, während die Erkrankungen an Kropf entschieden häufiger geworden sind.

Verf. meint, die Ursachen des dort herrschenden Kropf sind folgende: 1. Alle Dörfer, in denen der Kropf endemisch ist, haben einen kalkhaltigen Boden, wodurch auch das zum Trinken benutzte Wasser sehr kalkhaltig ist. 2. Die betreffenden Dörfer liegen alle auf dem schattigen Abhange des Gebirges und 3. endlich sieht Verf. die Lebensbedingungen der betreffenden Bewohner, die jeder Hygiene spotten, als ätiologisches Moment für den Kropf an. Hinsichtlich der Therapie sah Verf. in frischen Fällen oder bei beginnendem Kropf eine gute Wirkung von Jod und spricht sogar die sanguinische Hoffnung aus, es werde vielleicht gelingen, bei ausgedehntem Gebrauch von Jod die Entstehung der Kröpfe zu verhindern und die Endemie so vollkommen zum Schwinden zu bringen.

LUNIN.

102) **W. Younan** (Calcutta). **Ein Fall von Kropf, complicirt mit Spasmus glottidis. (A case of bronchocele complicated with laryngeal spasm.)** *Lancet. 17. October 1885.*

Der Titel zeigt, um was es sich nach der Ansicht des Autors handelte. Eine laryngoscopische Untersuchung wurde offenbar nicht angestellt. Vesicantien brachten Erleichterung. Dauernde Befreiung von den Krampfanfällen wurde durch innerliche Darreichung von Tinct. Aconiti (1 Tropfen pro dosi) erzielt.

SEMON.

103) **Peyrot. Ein Fall von Schilddrüsencarcinom. (Un cas de cancer du corps thyroïde.)** *Société de chirurgie de Paris. 23. December 1885.*

Ein bei einer 45jährigen Frau 7 Jahre bestehender Schilddrüsentumor nahm plötzlich an Volumen zu und es zeigten sich in seiner Umgebung noch andere Tumoren. Es traten Schling- und Respirationsbeschwerden auf. Bei der Operation trat Suffocation auf wegen Erweichung und Säbelscheidenform der Trachea. Es wurde die Tracheotomie gemacht und hierauf der Tumor mit den infiltrirten Lymphdrüsen entfernt. Hierbei musste ein Theil der Jugularis interna, der Carotis und des Vagus resecirt werden. Kurz darauf Recidive, Tod. E. J. MOURE.

104) **Carrington** (London). **Bösartige Neubildung in der Schilddrüse. (Malignant disease of thyroid.)** *British Med. Journal. 5. December 1885.*

Carrington zeigte in der Sitzung der Path. Soc. of London vom 1. December ein Präparat von primärem Encephaloidkrebs der Schilddrüse. Der sehr grosse

Tumor war der Leiche eines 47jährigen Mannes entnommen, der während des Lebens nur an Husten gelitten hatte und an Urämie in Folge subacuter Nephritis zu Grunde gegangen war. In der rechten Niere fanden sich zwei secundäre Geschwülste. Die Retropharyngeal- und andere Lymphdrüsen waren afficirt. — In der Discussion drückte Mr. Dunn sein Erstaunen darüber aus, dass Carrington bösartige Geschwülste der Schildrüse als ungemein selten bezeichnet habe. Er habe erst ganz kürzlich einen Fall von columnenförmigen Carcinom der Drüse und einen anderen von einer sehr harten, Cysten einschliessenden Neubildung derselben gesehen. — Auch Mr. Butlin hielt diese Geschwülste für durchaus nicht sehr selten: er habe gegenwärtig einen Fall unter Beobachtung, in welchem die Drüse noch bedeutend grösser sei, als in dem vorliegenden Falle, und in welchem heftige Dyspnoë bestehe; ein anderer befinde sich gleichzeitig im St. Bartholomew's Hospital. — Mr. Shattock hatte in einem Falle von sporadischen Cretinismus gefunden, dass die Schilddrüse später maligne Veränderungen eingegangen war. Mr. Silcock gedachte eines Falles von Spindelzellensarcom der Thyreoidea, den er kürzlich gesehen hatte, und sprach über diejenigen Fälle, in welchen sowohl die primäre Neubildung in der Drüse, wie die Metastasen in anderen Organen, die Structur des Schilddrüsengewebes beibehielten. — Mr. Bowlby meinte, dass wohl jeder Tumor der Schilddrüse eine alveoläre Anordnung der Zellen aufweisen würde, und erinnerte an seinen Fall von infiltrirendem Fibrom der Drüse. (S. Centralbl. I, S. 257). — Dr. T. D. Acland erwähnte eines Falles von primärem Carcinom der Schilddrüse, in welchem secundäre, doppelseitige, krebsige Pleuritis die Symptome der primären Neubildung maskirte. — Dr. W. B. Hadden endlich hatte in einem Fall von Myxoedem gesehen, dass die Schilddrüse später von einer vor ihr gelegenen Neubildung involvirt worden war. SEMON.

105) **Paul Koch** (Luxembourg). **Beitrag zum Studium des primitiven Schilddrüsensarcoms. (Contribution à l'étude du sarcome primitif du corps thyroïde.)** *Bulletin de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg. 1885.*

Nach einem einleitenden Ueberblick über das Schilddrüsensarcom theilt Verf. einen derartigen Fall mit, in welchem er wegen der Suffocationserscheinungen unter den grössten Schwierigkeiten die Tracheotomie vornahm, ohne dass es ihm jedoch gelang, eine Trachealcanüle einführen zu können. Im Gegentheil gelangte Verf. bei einem forcirten Versuche, eine solche einzuführen, in den Oesophagus. Patientin starb 12 Stunden darauf.

Koch kommt zu dem Schlusse: dass bösartige Schilddrüsentumoren leicht von gutartigen zu unterscheiden seien, obwohl die Differentialdiagnose zwischen Sarcom und Scirrhus häufig schwer, manchmal unmöglich sei, zum mindesten ohne practischen Werth; die Behandlung, obwohl es sich nur um eine symptomatische handeln könne, müsse strenge durchgeführt werden. Die Schwierigkeit der Ausführung dürfe den Chirurgen nicht verhindern, die Dysphagie und hauptsächlich die Dyspnoë zu bekämpfen. BAYER.

g. Oesophagus.

106) **Zesas. Die Gastrostomie und ihre Resultate.** *Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 32. Heft 1. 1885.*

Die Anlegung einer bleibenden Magenfistel behufs künstlicher Ernährung wurde nach des Verf. Statistik bis jetzt 162 Mal vorgenommen und zwar 107 Mal bei Männern, 33 Mal bei Frauen, 129 Mal wegen Oesophaguscarcinom, 31 Mal wegen Narbenstricturen, dabei 2 Mal in Folge von Syphilis. Der Hautschnitt soll nach Fenger parallel dem linken Rippenbogen fingerbreit nach innen von demselben schräg durch den Muscul. rectus abdom. gelegt werden. Alsdann wird der Magen durch eine sorgfältige, durch Serosa und Muscularis gehende dichte Naht fixirt. Die Fistelöffnung muss klein sein, sie kann hinten nach Bedürfniss erweitert werden. Verf. giebt der localen Anästhesie vor der Chloroformnarcose den Vorzug, da letztere durch die oft tagelang anhaltenden Brechbewegungen den Erfolg der Operation vereiteln könnte; eine Hauptbedingung ist ferner die peinlichste Durchführung der Antiseptik. Die Ernährung durch die Fistel gleich nach der Operation mit flüssigen Substanzen ist gefahrlos, feste Kost darf jedoch erst nach 10—14 Tagen verabreicht werden. Die Indicationen der Gastrostomie sind: 1) Angeborne Defecte der Speiseröhre; 2) Narben nach Verwundungen, Aetzungen und constitutionellen Leiden; 3) Neubildungen im Oesophagus oder dessen Umgebung; 4) fest eingekeilte Fremdkörper. Das Oesophaguscarcinom gilt dem Verf. nicht nur nicht als Contraindication, sondern geradezu als Hauptindication, da die Ernährung per anum den rapiden Kräfteverfall nicht aufzuhalten vermag; die Gastrostomie soll aber zu einer Zeit vorgenommen werden, wo der Kranke noch kräftig genug ist, den Eingriff zu überstehen; durch denselben kann der Hungertod direct abgewendet und das Leben auf Monate verlängert werden; ja man will sogar nach der Gastrostomie einen Stillstand oder ein langsameres Wachsen des Carcinoms beobachtet haben. Bei Narbenstricturen ist die Operation eine absolute Nothwendigkeit und Pflicht; auch soll man versuchen, die Strictur von unten her zu beheben. Die Geschichte der Operation, sowie die mit äusserstem Fleisse gesammelten Krankengeschichten sind im Original nachzulesen.
SCHECH.

107) **Marcel Cohen. Ueber die Gastrostomie bei den Verengerungen des Oesophagus, die nicht durch krebsartige Neubildungen bedingt sind. (De la gastrostomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'oesophage.)** *Thèse. 25. März 1885.* Paris. A. Parent.

Der Autor giebt vorerst die Geschichte der Gastrostomie, hierauf erläutert er die Indicationen und Contraindicationen, das Operationsverfahren, die Zufälle und die Heilresultate dieser Operation bei nichtcancerösen Verengerungen der Speiseröhre. Er führt zum Schlusse 53 Krankengeschichten vor, die er in der Literatur über diesen Gegenstand hatte auffinden können und stellt diese auch übersichtlich in einer Tabelle zusammen. Was die interessanten Details dieser mit grossem Fleisse ausgearbeiteten These betrifft, so muss der sich näher Interessirende auf das Original verwiesen werden.
E. J. MOURE.

108) **Terillon** (Paris). **Bemerkung über die Wiederherstellung der Durchgängigkeit des Oesophagus nach der Gastrostomie wegen narbiger Verengerung. (Note sur le rétablissement de la perméabilité de l'oesophage après la gastrotomie pour rétrécissement cicatriciel.)** *Bulletin général de thérapeutique. No. 4. 30. August 1885,*

Der Fall betraf einen 19jähr. jungen Mann, der vor 3 Jahren aus Versehen Laugenessenz getrunken und eine unpassirbare narbige Verengerung der Speiseröhre acquirirt hatte, so dass die Gastrostomie nöthig wurde. Der operirte Kranke, der sehr rasch seine Kräfte wiedererlangt hatte, wurde am 17. März 1885 der Academie de médecine de Paris vorgestellt.

Einen Monat nach der Operation wurde die Speiseröhre für Flüssigkeit wieder durchgängig, aber nur mit Intermissionen, die mit den athmospärischen Wechselzuständen zusammenfielen. — Aus letzterer Thatsache glaubt T. zu schliessen, dass die Durchgängigkeit von dem hygrometrischen Verhalten der ringförmig verengten Stelle abhänge. T. citirt alle vorgeschlagenen Methoden, um nach oder zugleich mit der Gastrostomie die Verengerung des Oesophagus zu beheben und will in seinem Falle die Dilatation, wie es scheint, von oben her versuchen, da er von unten her durch die Fistel nicht in die Cardia kommen konnte. Er möchte zum mindesten die stete Durchgängigkeit für Flüssigkeiten erreichen, für die Ernährung mit festen Körpern bliebe die Fistel erhalten.

Die gemischte Ernährung von oben und durch die Magenfistel wird dem Kranken sehr nützlich sein, da die Ernährung durch letztere allein in der Regel keine lange Lebensdauer gewährt. E. J. MOURE.

109) **Nicaise** (Paris). **Krebs der Speiseröhre und Gastrostomie. (Cancer de l'oesophage et gastrostomie.)** *La semaine méd. No. 37. 9. Sept. 1885.*

Der Fall betraf einen 56jähr. Mann. Die hochgradige Abmagerung und die Unmöglichkeit, den Kranken mit Hilfe der Sonde zu ernähren, liessen zur Gastrostomie schreiten. Der Tod erfolgte 26 Stunden nach gemachter Operation unter den Erscheinungen von Collaps. — Bei der Obduction fand man keine Peritonitis oder sonstige Läsionen, die diesen plötzlichen Tod erklärten. Das Carcinom sass 8 Ctm. unterhalb des oberen Ringknorpelrandes. Weiter unten an der Cardia, scheinbar ohne Zusammenhang mit dem im oberen Antheile der Speiseröhre befindlichen Tumor, fand man eine zweite krebsige Infiltration. Rings um den Oesophagus indurirte Ganglien. Larynx intact.

Den Collaps erklärt N. durch den Operationsshock und zieht aus dem Fall die Lehre, dass die Gastrostomie gemacht werden möge, noch bevor die Kräfte des Kranken zu sehr gesunken seien. E. J. MOURE.

110) **Marchant. Ein Fall von Gastrostomie wegen Krebs des Oesophagus. (Un cas de gastrostomie pour un cancer de l'oesophage.)** *Société de chirurgie de Paris. 12. August 1885.*

Der Operirte starb 24 Stunden nach vollführter Gastrostomie in hochgradig adynamischem Zustande. Keine Spur von Peritonitis. — Nicht dem Operationsverfahren. das M. in seinem Falle genau beschreibt, sondern dem Umstande, dass

man zu spät operirt, sei der Misserfolg der Gastrostomie bei Oesophaguscarcinom zuzuschreiben. E. J. MOURE.

111) **Barwell** (London). **Gastrostomie. (Gastrostomy.)** *British Medical Journal. 5. December 1885.*

112) **John H. Morgan** (London). **Gastrostomie bei einem 4jährigen Knaben. (Gastrostomy in a boy, aged 4.)** *Ibidem*

113) **C. T. Dent** (London). **Gastrostomie.** *Ibidem.*

Bei Gelegenheit der Mittheilung von drei Fällen von Gastrostomie seitens der genannten Herren fand am 27. November 1885 eine interessante Discussion über die Vorzüge der verschiedenen bei Oesophagusleiden einzuschlagenden chirurgischen Eingriffe statt. Mr. Barwell, in dessen Fall es sich um dicht unterhalb der Ringknorpelplatte sitzendes Oesophaguscarcinom handelte (das Nähere ist im Original nachzulesen), kritisirte die Methode der Zesas'schen Zusammenstellung (vgl. Referat 106 d. Nummer) und erwies sich als warmen Anhänger der, wie er betonte, frühzeitig vorzunehmenden Operation. — Morgan hatte bei seinem kleinen Patienten die Operation wegen einer nach dem Genusse caustischer Alkalien erfolgten lebensbedrohenden Oesophagusstrictur vorgenommen. Das Kind überstand die Operation und befand sich zur Zeit der Mittheilung, 9 Monate nach dem Unfall und 3$^1/_3$ Monate nach der Operation, in blühendem Zustande, obwohl es noch immer ausschliesslich durch die Magenfistel ernährt wurde, und noch kein Versuch gemacht worden war, die Strictur zu dilatiren. — Dent's Patient, ein 44jähriger, an Oesophaguscarcinom leidender Mann, starb 5 Tage nach Vornahme des zweiten Theils der Operation (der Eröffnung des Magens). Auch Dent ist ein Fürsprecher der frühzeitigen Vornahme der Gastrostomie.

In der Discussion (welche sich um die Räthlichkeit nicht nur der Gastrostomie, sondern auch der Jejunostomie drehte — ein einschlägiger Fall wurde von Mr. Golding-Bird mitgetheilt), traten so bedeutende und vielfache Meinungsverschiedenheiten zu Tage, dass es uns nicht möglich ist, dieselben hier im Detail wiederzugeben und dass wir uns begnügen müssen, Interessenten auf das Original zu verweisen. Besonders variirten die Erfahrungen hinsichtlich der Resultate der Ernährung mittelst trichterförmiger, liegenbleibender Sonden. SEMON.

114) **T. F. Chavasse** (Birmingham). **Gastrostomie. (Gastrostomy.)** *British Med. Journal. 12 December 1885.*

Ch. las beim Meeting der Midland Med. Soc. am 25. November 1885 eine Arbeit über Fälle von Gastrostomie, in welcher er die verschiedenen Methoden der chirurgischen Behandlung des Oesophagusepithelioms erörterte, und demonstrirte einen 56jährigen Kranken, an welchem die Operation vier Monate früher ausgeführt worden war. SEMON.

115) **Henry Taylor** (Guildford). **Gastrostomie bei Oesophaguskrebs. (Gastrostomy for cancer of the oesophagus.)** *British Medical Journal. 14 November 1885.*

T. beschreibt in einem Briefe an den Redacteur des B. M. J. das Resultat der Autopsie nach einer von Dr. Vigna in Venedig vorgenommenen Gastrostomie. Der Pat. erlag am zweiten Tage nach der Operation einer hochgradigen Congestion

der Lungen. Es zeigte sich, dass schon ältere, fistulöse Communication zwischen Trachea und Oesophagus bestand und führt T. den Tod des Pat. hierauf zurück. Nichts Besonderes. SEMON.

116) **Annéquit. Zur Gastrostomie. (Contribution à l'étude de la gastrostomie.)** *Thèse de Bordeaux. December 1885.*

A. folgt in seiner These genau den Ausführungen Lagrange's welche dieser am letzten französischen Chirurgen-Congress niedergelegt hat (siehe Centralblatt Jahrgang II., S. 277). — Er verwirft demnach die Gastrostomie beim Oesophaguscarcinom als zwecklos. — Betreff des Operationsverfahrens bemerkt er noch, dass das von Labbé und von Verneuil angegebene den normalen anatomischen Verhältnissen entspreche, während bei carcinomatösen Verengerungen des Oesophagus der Magen in seinem Volumen verkleinert und nach aufwärts gerückt ist. Man müsse daher die Incision etwas höher anlegen. E. J. MOURE.

117) **Studsgaard** (Kopenhagen). **Die Behandlung der Verengerung der Speiseröhre durch Stricturotomie oder Fistelbildung (Oesophagotomie, Gastrostomie). (Du traitement du rétrécissement de l'oesophage par la stricturotomie ou la formation d'une fistule (oesophagotomie, gastrostomie).** *Congrès internat. des Sciences médic. VIII. Compte rendu de travaux de la Section de Chirurgie. p. 167. Copenhague, 1885.*

S. hat wegen Speiseröhrenverengerungen 12 Mal Gastrostomie gemacht. Von 7, die an einer krebsigen Verengerung der Speiseröhre litten, hat

einer 7 Monate nach der Operation gelebt,
„ 5 „ „ „ „ „
„ 5 „ „ „ „ „

die übrigen kürzere Zeit.

Von 4 Kranken, die an einer cicatriciellen Strictur litten, starben 2 innerhalb 14 Tagen, die übrigen 2 leben noch (resp. 34 $^1/_2$ und 20 Monate nach der Operation).

Die cancerösen Stricturen waren folgenderweise localisirt:

2 hinter der Cartil. cricoidea,
1 dicht an der Cardia,
2 hinter der Bifurcation der Trachea,
2 in der untersten Partie des Oesophagus.

Die cicatriciellen Stricturen befanden sich in den drei Fällen in der untersten Partie des Oesophagus; in dem vierten Fall wurden drei Stellen stricturirt gefunden:

eine hinter der Cart. cricoidea,
eine hinter der Bifurcation,
eine nahe an der Cardia. SCHMIEGELOW.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) **William Robinson** (Stanhope). **Endemischer Kropf oder Thyreocele. (Endemic goitre or thyreocele.)** Preisgekrönte Inaugural-Dissertation der Universität Durham. London. J. & A. Churchill. 1885.

Das ausgezeichnete kleine Buch enthält mit einigen Zusätzen die These, welche R. zur Erlangung des Doctorgrads der University of Durham aufgestellt hatte und welcher die goldene Medaille für das Jahr 1884 zuerkannt wurde. Das Werk enthält sehr viel Belehrendes und viele originelle Forschungen in ausgezeichneter Zusammenstellung.

Nach einer Definition des Ausdrucks „Goitre" theilt der Autor die Nomenclatur des Leidens mit und schlägt an Stelle des allgemein acceptirten Wortes Bronchocele das Wort Thyreocele vor. Dem gegenüber kann ich nicht umhin, aufrichtig zu wünschen, dass diese Bezeichnung nicht adoptirt werden möge. Es war bisher ein gesunder Gebrauch, in unserer Nosologie diejenigen Namen, welche durch die Tradition geheiligt waren und allgemein verstanden wurden, beizubehalten. Jedermann versteht, was gemeint ist, sobald das Wort Bronchocele ausgesprochen oder geschrieben wird. Ginge der Vorschlag des Autors durch, so würden wir in der einen Hand das Wort Thyreocele halten und mit der anderen müssten wir alle die anderen „Celen" revidiren, denen wir begegnet sind. Der Vorschlag enthält in der That eine unnöthige Complication dessen, was wir in der Medicin zu lernen und zu behalten haben. Es verhält sich damit genau so, wie wenn ein Autor uns rathen würde, den Namen „Arterie" aufzugeben, da unsere gegenwärtigen Kenntnisse uns die thatsächliche Unwahrheit erkennen lassen, welche in dem Namen liegt. Erst wenn das Wort „Arterie" durch ein anderes zusammengesetztes Wort griechischen, lateinischen oder modernen Ursprungs, welches Blutträger bedeutet, ersetzt sein wird, erst dann mag auch der Ausdruck Thyreocele seinen geeigneten Platz finden.

In dem Capitel über die klinischen Charactere des Kropfes giebt der Autor eine recht nützliche Uebersicht der Symptome. Was die Paralyse der Stimmbandabductoren betrifft, wie sie nach der bisherigen Ansicht durch den Druck der Bronchocele auf die Recurrentes hervorgerufen werden soll, so meint der Autor in Uebereinstimmung mit John Waldy, dass die Paralyse oft vasculären Ursprungs sein könne. Er ist nämlich der Ansicht, dass die Kropfgeschwulst die Art. laryngea inferior comprimiren dürfte, welche die Haupternährerin der Musculi crico-arytaenoidei postici ist.

In einer Anmerkung auf S. 12 wird zwar zugegeben, dass diese Ansicht nicht ausreicht, um alle Wirkungen der Compression der Nervi recurrentes zu erklären. Wenn jedoch die Wirkungen der Bronchocele allein in Frage stehen, so mag diese Annahme der Wahrheit nichtsdestoweniger nahe kommen, insofern als der Verfall oder die Degeneration der in Rede stehenden Muskeln in gewissen Fällen durch directen Druck und consecutive Ernährungsstörung bedingt wird.

Ich habe jüngst zwei Fälle gesehen, von denen einer anscheinend dem von Waldy citirten sehr gleicht, und in welchen diese Erklärung völlig zulässig er-

schien. In dem einen comprimirte ein Carcinom des Oesophagus, in dem anderen ein Gumma hinter dem Ringknorpel die Abductoren und erzeugten eine atrophische Paralyse.

Gegenüber der S. 13 aufgestellten Behauptung, dass die Paralyse der Abductoren eine sehr seltene Affection ist, halte ich es für sehr wahrscheinlich, dass, wenn alle Patienten, bei denen man an eine derartige Affection denken muss, systematisch untersucht würden, mancher bis dahin zweifelhafter Fall zeigen würde, dass das Vorkommniss durchaus nicht so selten ist. In der That geht dies sehr deutlich aus meiner Hospitalpraxis hervor, in welcher ich mich der Cooperation Dr. Semon's erfreue. Der bekannte paralytische Zustand verräth sich, wenn er einseitig auftritt, ebenso wie viele andere Processe, durch gar kein Symptom. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass er gar nicht selten angetroffen wird bei Fällen von centraler Erkrankung des Nervensystems, von Aortenaneurysmen, von intrathoracischen Tumoren und bei solchen Geschwülsten, welche die hintere Wand des Ringknorpels und der Trachea comprimiren. Und zwar zeigt sich die Paralyse lange, bevor eine Affection der Stimme oder ein Symptom von Seiten der Respiration sich bemerklich macht.

Der pathologische Theil des Buches ist sehr vollständig. Die dunklen Beziehungen des „Colloids“ der Drüsenbläschen werden sorgfältig notirt und besprochen. Die Untersuchungen von Cresswell Baber, welche einen wichtigen Beitrag zu den jüngsten Beobachtungen von Victor Horsley liefern, werden sehr zweckmässig citirt. Die Beziehungen zum Cretinismus und den verwandten Störungen werden ausführlich und sachgemäss besprochen. Der Autor ist der Ansicht, dass zwischen dem endemischen und sporadischen Cretinismus keine klinische Differenz besteht. Man hat guten Grund, dieser bedeutungsvollen Ansicht beizupflichten. Ebenso muss man den Resultaten beistimmen, zu welchen Dr. Robinson nach sorgfältiger Analyse der ätiologischen Momente des Cretinismus gelangt ist. Die Aetiologie der Struma wird recht ausführlich besprochen, ohne dass der Autor jedoch zu einer bestimmten Ansicht kommt.

Die Capitel über die locale wie interne Therapie bringen alle bekannten Applicationen, Heilmittel und Operationen. Letztere werden mit besonderer Sorgfalt dargestellt.

Wir gratuliren von ganzem Herzen sowohl der Universität wie dem Autor zu diesem Essay und hoffen, dass dies nur der Anfang zu einer Reihe von Werken ist, welche ein so offenbar selbstständig denkender Autor zum Besten künftiger Studenten publiciren wird.

WILLIAM M. ORD (London).

b) Sitzungsbericht der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. (Compte Rendu de la société française d'otologie et de laryngologie.) *15. Oct. 1885. Revue mens. de Laryngol. etc. No. 11 u. 12. 1885. No. 1. 1886. — Bullet. et Mémoires de la Société franç. d'otol. et de laryng. Tome III. Fascie 1. Paris 1886.* Delahaye.

Baratoux (Paris). Reflexneurosen, hervorgerufen durch Nasenaffection. (Nevroses reflexes produites par suite d'affection nasale.) — B. erinnert, dass nun allgemein angenommen werde, dass die Er-

regung der hinteren Abschnitte der mittleren und unteren Nasenmuscheln von verschiedenartigen Reflexen gefolgt sei. — Nach B. aber wären nicht die Nasenmuscheln der Sitz der Reflexzone, sondern eine umschriebene Stelle am hinteren Abschnitte der Nasenscheidewand. Jede mechanische Reizung dieser Zone wäre im Stande, Niessen, Thränenfluss und sogar Aphonie auszulösen. Hypertrophien der Nasenmuscheln und Polypen erzeugten nur so lange Reflexwirkungen, als sie diese Reflexzone des Septums berührten. Verf. führt mehrere Fälle zur Stütze an, unter anderem einen Fall von spastischer Aphonie, der durch Abtragung der hypertrophischen auf das Septum drückenden Muschel, plötzlich geheilt wurde. So erklärten sich auch die Reflexerscheinungen, die mitunter bei Deviationen des Septums ohne Erkrankung der Nasenmuscheln vorkämen. Er hofft, bald durch histologische und embryologische Untersuchungen die Erklärung dieses Phänomens finden zu können.

Brebion (Lyon). Aphonie, erzeugt durch Nasenaffection. (Aphonie produite par lésion nasale.) — Es werden zwei Beobachtungen wiedergegeben: Die erste betrifft einen 56jährigen Mann, an vollständiger Aphonie leidend, die vor 3 Monaten plötzlich aufgetreten sei. Der Kranke hatte früher häufig an Schnupfen gelitten, der zuweilen von Aphonie gefolgt war. Diese war aber nie so stark wie diesmal und hielt immer nur kurze Zeit an. Pharynx- und Larynxschleimhaut normal. Die Stimmbänder zeigen normale Beweglichkeit, doch kommt es bei der Phonation nur zu einem inarticulirten Laute. Nach der laryngoscopischen Untersuchung kann der Kranke einige Worte mit lauter Stimme hervorbringen. — Die Nasenhöhle und der Nasenrachenraum ist von Schleimpolypen ausgefüllt. Schon während deren Abtragung kehrte die Stimme dauernd wieder. —

Der zweite Fall bezieht sich auf eine 22jährige Frau, die zuerst heiser war und dann allmälig aphonisch wurde. Ausserdem besteht häufiges Husten, Stockschnupfen, Schnarchen. — Die Untersuchung ergab Nasenrachencatarrh und Rhinitis hypertrophica. Im Kehlkopf normale Zustände. Galvanische Aetzung der hypertrophischen Muschelschleimhaut und Zerstäubungen von concentrirter Borsäurelösung in der Nase brachten obige Erscheinungen zum Schwinden. B. glaubt, dass diese beiden Fälle eine Aphonie ohne Larynxaffection und nur durch krankhafte Zustände in der Nasenhöhle bedingt, annehmen lassen.

Hering (Warschau). Zum Studium der Reflexneurosen in Folge von Nasenaffection; sympathischer Kehlkopfkrampf. (Contribution à l'étude des névroses réflexes par affection nasale; spasme sympathique du larynx.) — H. erinnert an seine schon im Sommer vor der medicinischen Gesellschaft in Warschau dargelegten Sätze, die noch ihre Vervollständigung in einer demnächst erscheinenden Arbeit finden sollen und die in einigen Punkten von der Theorie Hack's abweichen. — Er bringt 3 Beobachtungen: Die erste ist ein Fall von Glottiskrampf, der nach Entfernung eines erbsengrossen, zwischen mittlerer Nasenmuschel und Septum sitzenden Polypen, schwand. Ein Jahr später war der Glottiskrampf wiedergekehrt und war wieder durch Exstirpation eines neuen Nasenpolypen geheilt worden.

In den 2 folgenden Fällen bestand spastische Aphonie, bedingt durch

Schwellung der mittleren, die Nasenscheidewand berührenden Muscheln. Im ersten dieser beiden Fälle wurde durch Aetzung der Nasenmuschel mit Chromsäure in den ersten 4 Tagen die Aphonie gesteigert und verminderte sich wieder mit der Abschwellung der Nasenmuschel. H. ist der Meinung, dass manche Reflexneurosen nicht von den Nasenmuscheln ausgehen, sondern von dem Septum. — In dem Falle von Laryngospasmus konnte er durch Annäherung der mittleren Nasenmuschel an das Septum mittelst einer Sonde den Glottiskrampf künstlich hervorbringen.

In der darauffolgenden Discussion wundert sich Vacher, dass man im Larynx keine Schleimhautveränderungen gefunden hätte. In den von ihm beobachteten ähnlichen Fällen waren zwar die Stimmbänder intact, aber die Taschenbänder und die ary-epiglottischen Falten waren geröthet und geschwellt.

Poyet meint, dass man die Aphonie mit anderen Ursachen als mit einer einfachen Nasenaffection in Verbindung bringen und dass die Kehlkopfschleimhaut mehr oder weniger in diesen Fällen ergriffen sein müsse.

Gellé theilt die Ansicht Poyet's, giebt aber an, beobachtet zu haben, dass Stimmstörungen ohne Larynxaffection nach Heilung von Ohraffectionen sich gebessert hätten.

Joal bemerkt, dass Reflexvorgänge gewiss bei hierzu prädisponirten Individuen vorkommen, dass aber die Fälle von Baratoux, die dieser auf Reflexvorgänge zurückführt, vielleicht nur Fälle nervöser Aphonie waren.

Ramon de la Sota y Lastra (Sevilla). Croup: Tracheotomie, Extraction einer grossen Pseudomembran der Trachea und der Bronchien. (Croup: trachéotomie, extraction d'une grande fausse membrane de la trachée et des bronches.) — Es handelt sich um einen typischen Fall von Croup, der die Tracheotomie nöthig machte. Diese brachte aber nur für 48 Stunden Besserung. Dann wurde die Athmung wieder unregelmässiger. Als endlich das Kind dem Ersticken nahe war, zog der Autor eine grosse Pseudomembran heraus, die er der Gesellschaft im Bilde vorlegt und die einen wahren Abguss der Trachea und der ersten bronchialen Verästelungen vorstellt. Das Kind konnte zwar durch 4 Stunden wieder ruhig athmen, ging aber dann unter heftigen Fiebererscheinungen zu Grunde. — Der Autor räth in allen Fällen, wo der Verdacht auf Bildung eines diphtherischen Exsudates in der Trachea und den ersten Bronchien vorliegt, sofort mit einer Zange deren Entfernung vorzunehmen. — Zum Schlusse erinnert er noch, dass er nur einen ähnlichen Fall von Ingals und White herrührend, in der Literatur verzeichnet gefunden hätte, in welchem eine so grosse Membran entfernt worden war.

In der Discussion berichtet Baratoux über zwei von Burghe beobachtete Fälle von herausbeförderten Pseudomembranen.

Moure (Bordeaux). Seltene Fälle von Kehlkopfpolypen. (Cas rares de polypes du larynx.) — An den ersten 2 Fällen (ein das ganze Infundibulum laryngis ausfüllender Schleimpolyp [der Fall wurde schon p. 222 in diesem Jahrgange des Centralbl. mitgetheilt] und ein die Glottis fast vollständig verlegendes Papillom) sucht M. nochmals die Möglichkeit der endolaryngealen Entfernungsmethode selbst sehr grosser gutartiger Neubildungen darzuthun. Nur da,

wo bedrohliche Erstickungsanfälle vorhanden sind, würde man gut thun, der endolaryngealen Extraction die Tracheotomie vorangehen zu lassen.

Der 3. Fall, dessen Geschichte ausführlich mitgetheilt wird, betrifft zwei der ganzen Länge der Stimmbänder nach angeheftete Polypen, die einem Oedem der Stimmbänder ähnlich sahen. Der Fall betraf ein syphilitisches Individuum mit Narben an der Epiglottis. Nach Entfernung der Polypen besserte sich die Stimme, blieb aber rauh.

In der Discussion bemerkt Joal, dass er an einem Individuum einen Kehlkopfpolypen 2 Mal spontan ohne jeden Operationsversuch verschwinden sah.

Gouguenheim (Paris). Ueber das Caffeïn bei Kehlkopfphthise. (De la caféïne dans la phthise laryngée.) — In den letzten Sitzungen der Gesellschaft, sagt G., sei der Gebrauch des salzsauren Caffeïns als Ersatz für das damals sehr theuere Cocaïn angeregt worden. Er habe diesbezüglich Versuche angestellt, musste aber bald auf den Gebrauch des salzsauren Caffeïns verzichten, da es unmöglich war, dieses Salz in neutralem Zustande aufzubewahren. Er griff zu einem, nach der Angabe Tanret's zubereiteten Doppelsatze des Caffeïns, welches beständiger ist. — Nach seinen Untersuchungen sei das Caffeïn als Anästheticum weit weniger wirksam, als das Cocaïn, doch könne es angewendet werden, um die Wirkung des Cocaïns zu ergänzen. Das Caffeïn habe nicht die Unzukömmlichkeit, wie das Cocaïn, das Hungergefühl abzuschwächen, und es sei auch nicht so giftig.

Miot (Paris) zeigt einen Pulverbläser für den Nasenrachenraum und eine Modification des Wilde'schen Schlingenschnürers vor. Die Modification besteht in einer Zweitheilung des Instrumentes, die das Anpassen verschieden gekrümmter Ansatzstücke an denselben Griff ermöglicht. E. J. MOURE.

IV. Briefkasten.

Die Laryngologie bei internationalen Congressen: Eine Principienfrage.

Die in St. Louis, U. S. A., erscheinende „Weekly Medical Review" bringt in dem Leitartikel einer ihrer März-Nummern eine wörtliche Reproduction der im Briefkasten unserer Februar-Nummer unter dem Titel „Der Washingtoner Congress und die Laryngologie" veröffentlichten, redactionellen Anmerkung, in welcher für den Fall, dass nicht noch in elfter Stunde weisere Rathschläge prävalirten, vollständige Enthaltung von der Theilnahme an diesem Congresse als die unserer Ansicht nach einzig würdige Politik für die Laryngologen der Welt bezeichnet wurde, und fährt dann fort:

„Dies ist wichtig; es betrifft den Erfolg und das Gelingen einer hervorragenden Section des Congresses. Vor einiger Zeit legte einer der Redacteure der „Review" folgende Thatsachen dem Generalsecretär des Congresses vor: 1) Das ursprüngliche vorbereitende Comité habe Arrangements für eine laryngologische Section getroffen. 2) Die Laryngologen Amerika's und Europa's hätten berechtigten Anspruch auf eine eigene Section. 3) Der Präsident der gegenwärtig constituirten Section (einer combinirten oto-laryngologischen, Red.) Dr. S. J. Jones sei als Ophthalmologe, weniger als

Otologe, gar nicht als Laryngologe bekannt. 4) Die Laryngologen Amerika's würden sich nicht besonders für eine Section interessiren, in welcher ihre Specialität so behandelt würde."

„Die Antwort lautete, dass das Executiv-Comité gegenwärtig nicht die Berechtigung habe, die einmal angenommenen Statuten, welche die Anzahl der Sectionen limitirten, zu ändern, obwohl Dr. Jones selbst eine Spaltung der Section befürworte. Der Secretair fügte auch hinzu, dass, wenn sowohl Laryngologen wie Otologen statt zu zaudern und die erfolgreiche Organisation des Congresses zu verzögern, dem Verwaltungsrath der Section an die Hand gehen, und genügende Vertretung aufweisen würden, es nach dem Meeting der American Medical Association wenig Schwierigkeit haben würde, die Section zu trennen, und dass er selbst dies begünstigen werde."

„Die Schlüsse, die sich aus Obigem berechtigterweise ziehen lassen, sind folgende: 1) Weder die amerikanischen noch die europäischen Laryngologen werden sich an den Arbeiten der Section in ihrer gegenwärtigen Zusammensetzung betheiligen. 2) Der Generalsecretair und der Vorsitzende der Section für Otologie und Laryngologie begünstigen eine separirte Section, falls genügend Interesse gezeigt wird, um die Trennung zu rechtfertigen."

„Möge das Executiv-Comité solche Massregeln ergreifen, dass wenigstens eine gute Section des bevorstehenden Congresses gerettet werde! Es scheint kein guter Grund vorzuliegen, weshalb nicht eine separate Section existiren sollte, und, sollte eine solche gegründet werden, so ist kein Grund vorhanden, weshalb die Laryngologen sie nicht erfolgreich machen sollten."

Soweit die Review.

Wir selbst haben zu Vorstehendem Folgendes zu bemerken:

Wir freuen uns natürlich der Einigkeit, die anscheinend unter den Laryngologen beider Hemisphären über das unter den gegenwärtigen Umständen einzuschlagende Verhalten herrscht.

Mehr aber noch, als die Frage nach der Stellung der Laryngologie beim nächsten internationalen Congresse interessirt uns die Frage: Nach welchen Grundsätzen wird denn überhaupt die Vertretung einzelner Zweige der medicinischen Wissenschaft bei diesen internationalen Congressen regulirt? Und hinsichtlich der hierbei obwaltenden Grundsätze hat der Herr Generalsecretair des nächsten Congresses, wie aus obigem Citate hervorgeht, so eigenthümliche Ansichten entwickelt, dass es uns als eine gebieterische Pflicht erscheint, denselben vom principiellen Standpunkte aus auf's Entschiedenste entgegenzutreten.

Die internationalen medicinischen Congresse bilden eine continuirliche Serie. Jeder derselben empfängt gewisse Vermächtnisse von seinen Vorgängern, welche er treulich zu hüten und seinen Nachfolgern unversehrt zu überliefern hat. Zu diesen Vermächtnissen gehört die allgemeine Constitution des Congresses und die Vertheilung seiner Arbeiten. Natürlich involvirt die Bewahrung dieses Vermächtnisses nicht ein starres Festhalten an den einmal aufgestellten Regeln. Im Gegentheil: um die ganze Institution lebensfähig zu erhalten, wird das jeweilige Executiv-Comité solche Modificationen zu treffen haben, dass die betreffende Zusammenkunft jedesmal auf der Höhe berechtigter zeitgenössischer Anforderungen steht. Entwickelt sich z. B. eine neue Specialität in unabhängiger Weise, ist die Natur ihrer Arbeiten eine so specialistische, dass eine Discussion derselben in den Sitzungen einer grösseren Section voraussichtlich weder zum Vortheil der letzteren noch zum Vortheil des neuen, jungen Zweiges der Wissenschaft dienen würde, so ist das Executiv-Comité sicherlich berechtigt, für die neue Specialität eine besondere Section zu gründen. Ebensowenig kann andererseits ein Zweifel darüber obwalten, dass es das Recht und die Pflicht hat, Irrthümer seiner Vorgänger zu rectificiren, z. B. eine Spaltung einer Section, die sich als nicht vortheilhaft erwiesen hat, wieder rückgängig zu machen.

Aber ein Executiv-Comité hat unserer Ansicht nach nicht das Recht, ohne den Schatten eines sachlichen Grundes eine Specialiät, die sich nach langen, schweren Kämpfen den Anspruch auf eine besondere Vertretung erworben, die diesen Anspruch bisher in den

Sitzungen der internationalen Congresse durchaus gerechtfertigt hat, dieser Vertretung einfach zu berauben!

Das ist der Punkt, um den sich für uns Alles handelt: wir wollen nicht diesen Kampf bei jeder neuen Congresssitzung von Neuem durchzuführen haben, und darum protestiren wir jetzt mit aller Entschiedenheit gegen solche willkürliche Entziehung unseres durch gewissenhafte Arbeit erworbenen Rechtes auf separate Vertretung, wie sie das gegenwärtige Executiv-Comité beliebt hat. Wir haben schon früher betont (vgl. die Briefkästen der October- und November-Nummer vorigen Jahres), dass, als wir im Jahre 1881 auf die Abhaltung laryngologischer Specialcongresse verzichteten, wir dies in der berechtigten Erwartung thaten, dass uns nunmehr eine separate Stellung bei den internationalen Congressen gesichert sei. Diese Erwartung ging — freilich auch nicht ohne Kämpfe, wenn auch nichts von denselben an die Oeffentlichkeit gedrungen ist — in Kopenhagen in Erfüllung. Die dortigen Verhandlungen liefern den Beweis, dass wir uns des eingeräumten Rechtes durchaus würdig gezeigt haben.

Nun kamen die Vorbereitungen für den nächsten Congress. Das ursprüngliche Executiv-Comité desselben gab, wie durchaus selbstverständlich, der Laryngologie dieselbe Stellung, welche diese Specialität bei dem vorhergehenden Congress bekleidet hatte, und constituirte einen im besten Sinne repräsentativen Vorstand für die Section. Da brachen die unerfreulichen Streitigkeiten unter den amerikanischen Collegen aus, die den Erfolg des ganzen Congresses auf's Schwerste gefährden. Dieselben zogen auch die Laryngologie, und zwar nach zwei, ihrer Dignität nach ganz verschiedenen Richtungen hin, in Mitleidenschaft. So lange die Differenzen sich auf Personenfragen beschränkten, hatten Aussenstehende natürlich kein Recht, mitzusprechen. Wir haben wohl unserem lebhaften Bedauern darüber Ausdruck verliehen, dass das ursprüngliche repräsentative Sections-Comité Purificationsbestrebungen, deren Betonung bei dieser Gelegenheit allen unbefangenen Zuschauern so schlecht als möglich gewählt erschien, zum Opfer fiel, aber weiter durfte unsere Kritik nicht gehen: es handelte sich um Interna des amerikanischen ärztlichen Standes.

Aber das neue Executiv-Comité begnügte sich nicht mit den Personalveränderungen: es kassirte ganz einfach die Unabhängigkeit der Section überhaupt. Und hier wird es die Pflicht eines laryngologischen Centralblatts, direct zu protestiren!

Wir erblicken in dem Vorgehen des Comités eine offenbare Ueberschreitung der ihm anvertrauten Befugnisse und wiederholen noch einmal: Ein Comité, dessen Mandatar in letzter Linie nicht der ärztliche Stand des Landes, in welchem der jeweilige Congress gehalten wird, sondern der ganzen Welt ist, hat nicht das Recht, ohne zwingende Gründe die Position eines Zweiges der ärztlichen Wissenschaft zu reduciren! Wir wünschen, dass der weitere Kreis unserer Fachgenossen die voraussichtlich allgemeine Enthaltung der Laryngologen beider Hemisphären von der Theilnahme an dem Congresse — immer vorausgesetzt, dass nicht noch in letzter Stunde unserem berechtigten Verlangen Rechnung getragen wird — als eine emphatische Bethätigung dieses Grundsatzes, als einen directen Protest gegen das gegentheilige Vorgehen des amerikanischen Executiv-Comités ansehen möge!

Speciell ist hierbei zu bemerken, dass wir technische Schwierigkeiten irgend welcher Art nicht als „zwingende Gründe" zur Vornahme principieller Veränderungen anzuerkennen vermögen! — Wie schon früher bemerkt, halten wir es für sehr wahrscheinlich, dass die Vereinigung der beiden Sectionen „Laryngologie" und „Otologie" hauptsächlich, wenn nicht ausschliesslich, durch die Unmöglichkeit dictirt worden ist: unter den neuen Verhältnissen ein repräsentatives Verwaltnngs-Comité für die laryngologische Section zusammen zu bekommen. — Beiläufig bemerkt, würde diese Erklärung, wenn sie, wie wir glauben, oorrect ist — ein recht eigenthümliches Licht auf den repräsentativen Character und die Popularität des Executiv-Comités selbst werfen! — Aber wie dem auch sein möge: konnte das Executiv-Comité einen repräsentativen Vorstand für die laryngologische Section nicht zusammenstellen, so mochte es statt eines definitiven Vorstandes ein einfach vorbereitendes

Comité niedersetzen und die definitive Constituirung den Mitgliedern der Section selbst überlassen; es machte Alles, was mit der laryngologischen Section zusammenhing, vorläufig vertagen und in der Zwischenzeit weitere Verhandlungen mit repräsentativen Laryngologen führen; es mochte selbst offen erklären, dass angesichts des Fehlschlagens seiner Bemühungen, hervorragende amerikanische Laryngologen zur Theilnahme an dem Werke der Section heranzuziehen, die laryngologische Section bei diesem Congresse voraussichtlich werde ausfallen müssen: alle diese und gewiss noch andere Wege standen ihm offen, um die Frage entweder in einer befriedigenden Weise zu lösen, oder doch wenigstens zu verstehen zu geben, dass es sich nur um locale Schwierigkeiten bei diesem einen Congresse handele. Statt dessen hat es ohne jede Erklärung seiner Gründe den einzigen Modus acceptirt, der einen gefährlichen Präcedenzfall für alle folgenden Congresse schafft!

Und die Krone wird diesem Vorgehen aufgesetzt durch die Erklärung des Herrn General-Secrétairs in Beantwortung der sachlichen Interpellation des Redacteurs der Review! — Vergegenwärtigt man sich den Verlauf der Dinge und liest dann diesen Bescheid, so lässt sich die gegenwärtige Sachlage einfach so resumiren: Man entzieht uns zuerst ohne jeden Grund unser gutes Recht und stellt uns dann in vagen Ausdrücken die Wiedererstattung desselben als eine Belohnung für den Fall in Aussicht, dass unsere amerikanischen Collegen die Action eines unpopulären Comités unterstützen. — Die Laryngologie verdiente wahrlich so behandelt zu werden, wie man sie behandelt hat, wenn sie gegen diese Zumuthung nicht auf's Energischste protestirte. Ein derartiges Geschäft, wie man es uns de facto jetzt vorschlägt, ist unserer Ueberzeugung nach der Wissenschaft unwürdig und wir hegen die feste Hoffnung, dass unsere amerikanischen Special-collegen nie und nimmer auf einer derartigen Basis in irgendwelche Verhandlungen mit dem gegenwärtigen Executiv-Comité eintreten werden!

Was wir verlangen ist: Bedingungslose Anerkennung des Rechtes auf die Fortdauer der uns einmal gewährten Repräsentation, so lange wir uns dieses Rechtes würdig erweisen!

Ueber die Schwierigkeiten bei der Berichterstattung über französische Arbeiten.

Diese Schwierigkeiten bestehen erstens in der grossen Zahl medicinischer Journale. In Paris allein giebt es deren 112 (die officiellen Berichte der medicinischen Gesellschaft in Paris miteinbezogen). Rechnet man noch die Provinzblätter hinzu, so dürfte die Gesammtzahl periodisch erscheinender medicinischer Zeitschriften gering gerechnet 150 betragen. Wenn auch nur ein Bruchtheil dieser Blätter dieses Centralblatt interessirende Artikel enthält, so ist doch eine Durchsicht Aller zu vollständiger und möglichst rascher Berichterstattung nöthig.

Eine andere Schwierigkeit aber liegt in dem Umstande, dass ein und dieselbe Beobachtung nicht nur in verschiedenen Journalen zum Abdruck gelangt (was ja in anderen Ländern auch vorkommt), sondern dass sie unter verschiedenen Autorennamen mehrmals erscheint. Hat man da nicht alle Arbeiten im Gedächtniss, so kann es geschehen, dass man über einen und denselben Fall mehrfach berichtet, was für eine etwaige Statistik gewiss nicht gleichgiltig ist. Dieser Uebelstand erklärt sich folgendermassen. Kommt an einer der Pariser Kliniken ein interessanter Fall zur Beobachtung, so erscheint gleich darauf in Form eines Leitartikels in einem der 3 Mal wöchentlich erscheinenden medicinischen Blätter (insbesondere in der „Gazette des hopitaux“) eine kurze Wiedergabe der über den Fall gehaltenen Vorlesung. Einige Tage später bringt dann der Interne der betreffenden Klinik den Vortrag in extenso in einem anderen Journale. Es vergehen wenige Wochen und derselbe Fall wird von einem Dritten zum Ausgangspunkte einer Doctoratsthese gewählt, die dann im Auszuge als Originalarbeit in einem minderverbreiteten medicinischen Blatte abgedruckt wird. Endlich kommt es häufig genug vor, dass der Professor selbst den Fall in einer der Gesellschaft vorstellt und zum Gegenstande eines Vortrages macht. — Von der Richtigkeit

dieser Thatsachen kann sich Jeder überzeugen, der sich die Mühe geben wollte, die im Jahre 1885 in Frankreich erschienenen Arbeiten unserer Specialwissenschaft mit Aufmerksamkeit zu verfolgen.

Berichtigung.

In dem Leitartikel über „die Stellung der Laryngologie in Amerika" ist eine Angabe über das obligatorische Studium des Gegenstandes und die Frage der Examination in demselben gemacht, welche einer Berichtigung bedarf. Die Aufmerksamkeit des Verfassers des Leitartikels ist darauf gelenkt worden, dass in Gemässheit des Studienplanes der Harward University in Boston die Studenten im Verlaufe ihres vierten Studienjahres einen theoretischen und praktischen laryngoscopischen Cursus obligatorisch durchzumachen haben und auch hinsichtlich ihres laryngologischen Wissens bei Ablegung des zur Praxis berechtigenden Examens geprüft werden. Er freut sich, seine ursprünglichen Angaben über diese Punkte (vgl. Centralblatt S. 363) in diesem Sinne erweitern zu können.

Zu demselben Leitartikel muss eine andere Berichtigung gemacht werden. Die Arbeit des verstorbenen L. Elsberg über die frühe laryngologische Literatur Amerika's ist nicht in den „Archives of Laryngology" erschienen, wie auf S. 410 zweimal irrthümlich angegeben, sondern in den „Transactions of the American Laryngological Association". Vol. I. 1879.

Achter Jahres-Congress der American Laryngological Association.

Dieser Congress hat in den Tagen vom 27. bis 29. Mai in Philadelphia getagt. Der uns zugegangenen vorläufigen Notiz zufolge beabsichtigten die Herren Allen, J. Solis-Cohen, S. Solis-Cohen, Daly, De Blois, Delavan, Donaldson, French, Holden, Hooper, Jarvis, S. Johnston, Knight, Mackenzie, Major, Morgan, Robinson, Shurly und Wagner Vorträge zu halten. Die Herren Frank Donaldson, Jr., M. D. (Baltimore), Alexander W. McCoy, M. D. (Philadelphia), J. C. Mulhall, M. D. (St. Louis), Benjamin F. Westbrook, M. D. (Brooklyn) waren vom Vorstande aufgefordert worden, die statutenmässigen Thesen behufs Zulassung zur Mitgliedschaft vorzulegen, und Dr. Ramon de la Sota y Lastra in Sevilla war vom Vorstande als correspondirendes Mitglied vorgeschlagen worden. — Ein Bericht über die Arbeiten des Congresses wird seinerzeit gegeben werden.

Gründung einer spanischen Gesellschaft für Laryngologie, Rhinologie und Otologie.

Die Herren Rafael Ariza, Ramon de la Sota, Luis Suné Pedro Verdos und Agustin Basols haben eine spanische laryngo-rhino-otologische Gesellschaft begründet, deren erste Sitzung in Barcelona vom 24. bis 29. Mai dieses Jahres stattgefunden hat.

Druckfehlerberichtigung.

In dem Bericht über die Gille'sche Arbeit „Chinolinbehandlung der Diphtheritis" (S. 500 dieses Jahrgangs) muss es statt: Rep. Chinolin. pur. 0,5, etc. vielmehr heissen: Rep. Chinolin pur. 5,0, Alcohol Aq. destill. ana 50,0.

Namen-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

D.

E.

H.

I.

M.

N.

O.

P.

Q.

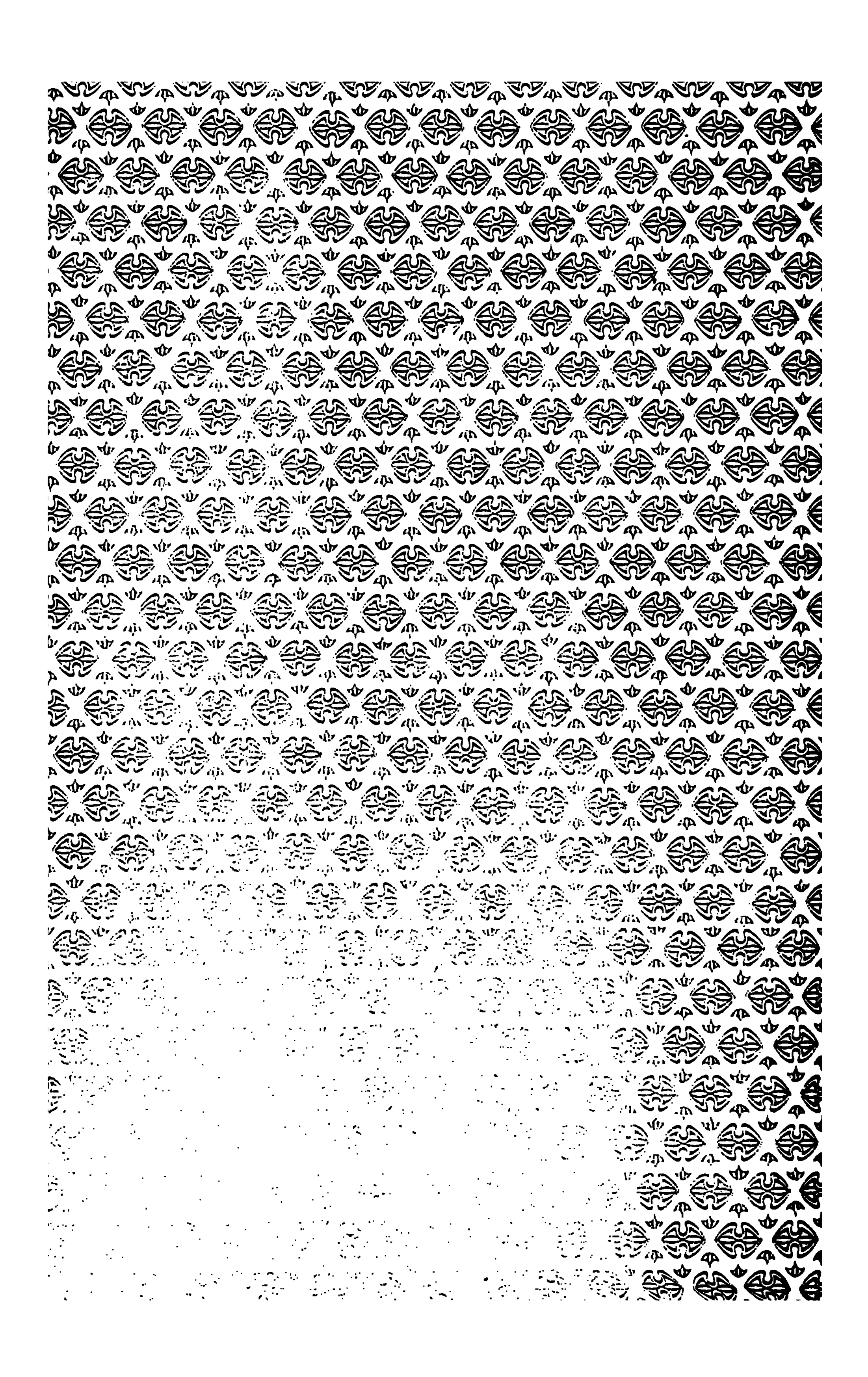
R.

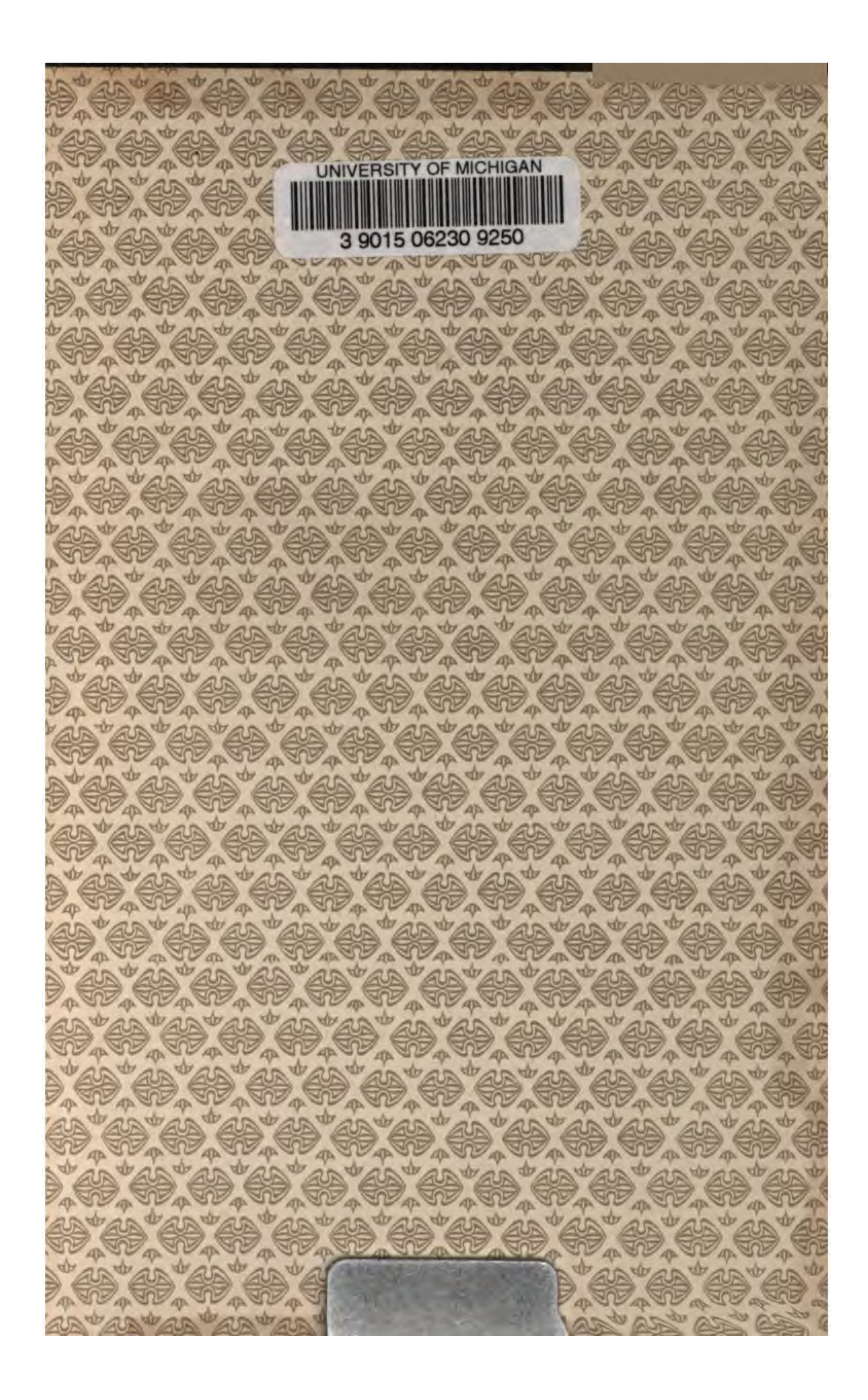
T.

U.

V.






UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06230 9250

